

在宅避難者等食生活実態把握シート

調査日	年 月 日 ()		訪問者	所属 :
			連絡先	氏名 :
住所				
対応した方			お立場	世帯主・世帯員・その他
ライフライン	水道 (使用可 ・ 使用不可) → 給水車 (有 ・ 無) ガス (使用可 ・ 使用不可) 電気 (使用可 ・ 使用不可) 買出しに必要な交通手段および道路 (使用可 ・ 使用不可)			
食事回数	回	飲料水	(無 ・ 不足 (1人1.5L/日以下) ・ 十分)	
家族にいる 要配慮者 □要配慮者は いない	<input type="checkbox"/> 乳児	不 足 し て い る も の	<input type="checkbox"/> 育児用ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食	
	<input type="checkbox"/> 妊婦・授乳婦		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 高齢者・嚥下困難者		<input type="checkbox"/> とろみ剤 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> やわらか食品	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 腎臓病		<input type="checkbox"/> 低エネルギー食品 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン	
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー		<input type="checkbox"/> 低たんぱく食品 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 減塩食品 <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 除去食品 (原因食品 :)				
食事内容 (記入日または直近2~3日の状況を記入する)				
朝食 時間 :	主食 (内容・量)	主菜 (内容・量)	副菜 (内容・量)	その他 (内容・量)
昼食 時間 :	主食 (内容・量)	主菜 (内容・量)	副菜 (内容・量)	その他 (内容・量)
夕食 時間 :	主食 (内容・量)	主菜 (内容・量)	副菜 (内容・量)	その他 (内容・量)
在庫の食料	□足りている (約 日分) □不足 □不明			
今後の支援	□必要 (内容等 :) □不要 □その他 ()			