

基本情報			
ふりがな		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日( 歳)
手帳有無	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> 愛の手帳( ) <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳( 級) <input type="checkbox"/> なし		かかりつけの病院
その他の障害	<input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 内部障害 <input type="checkbox"/> その他( )		かかりつけの医師名
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 口話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 触手話 <input type="checkbox"/> 身振り <input type="checkbox"/> 絵・写真		その他関係機関
補聴器	<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし		生活保護
	電池の有無 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		家族構成 ( )
	→ <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 紛失なし		
	安否確認 済 未( )		
ニーズや困っていること			
医療に関して			
精神・神経症状の有無	震災前 <input type="checkbox"/> 有(症状名 ) <input type="checkbox"/> なし		
	震災後 <input type="checkbox"/> 有(眠れない 不安になる 動悸がする 吐き気がする その他 ) <input type="checkbox"/> なし		
持病の有無	<input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> なし 服薬 <input type="checkbox"/> している( ) <input type="checkbox"/> していない 薬の常備 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
傷病の有無	<input type="checkbox"/> 有(打撲 皮膚疾患 アレルギー その他 ) <input type="checkbox"/> なし		
居住環境に関して			
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(単身) <input type="checkbox"/> 自宅(家族と同居) <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 避難所( )		
生活環境の状況	<input type="checkbox"/> 損害なし <input type="checkbox"/> 有( )		
困っていること	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 衣類・下着		
	<input type="checkbox"/> 情報 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )		
具体的に	( )		
家族の介護の有無	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> その他( )		
就労に関して			
就労状況	<input type="checkbox"/> 一般就労 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 就労していない <input type="checkbox"/> その他( )		
中断の有無	<input type="checkbox"/> 中断中 <input type="checkbox"/> 自宅待機中 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 解雇 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> その他( )		
就労の希望	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )		
相談したいこと			
	<input type="checkbox"/> 住宅関連 <input type="checkbox"/> 心の相談 <input type="checkbox"/> 経済関連 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 不動産・車 <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 医療 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 保育		
	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 県内避難 <input type="checkbox"/> 県外避難 <input type="checkbox"/> ピアカウンセリング <input type="checkbox"/> 手話通訳 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> 補聴器関連 <input type="checkbox"/> その他( )		
総合意見	氏名( )	資格・職名(社会福祉士・精神保健福祉士・臨床心理士・手話通訳士・看護師・保健師・ケアマネージャ・その他( ) )	