

栄養・食生活支援実施報告書(日報まとめ)

【市町村名】

年

月 日()

記載者 (所属:

氏名:

)

避難所 仮設住宅 訪問地区等名 (担当者)	相談 延 人数	相談内訳(延べ件数)										避難所の状況 (食事内容・回数・調理の状況・ 問題点・市町村、保健所への 伝達事項)	
		生活習慣病			母子			その他					
		糖 尿 病	腎 疾 患	高 血 圧	離 乳 食	ア レ ル ギ ー	妊 婦	嚔 下 困 難 者	便 秘	下 痢	口 内 炎		そ の 他
名称 【 】 栄養士氏名 ()													
名称 【 】 栄養士氏名 ()													
名称 【 】 栄養士氏名 ()													
名称 【 】 栄養士氏名 ()													
計													

※相談延べ人数、内訳(重複可)を記載してください。
参考:熊本県災害時栄養管理ガイドライン

(表面)