

嚥下検査依頼書兼診療情報提供書

※はすべてご記入ください

紹介先医療機関
 社会医療法人財団 大和会 武蔵村山病院
 歯科(摂食・嚥下外来)
 予約電話 医療連携室 :042-566-3560

紹介元医療機関名 _____

紹介元医師名 _____

連絡先 _____ 担当 _____

※患者情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
患者氏名		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日	
住所			TEL	

※検査についての情報

検査	<input type="checkbox"/> VF(嚥下造影)+VE(嚥下内視鏡):毎週火曜日 <input type="checkbox"/> VEのみ* <small>*認知症の方はVEのみ不可</small>			
検査理由・依頼内容				
現病歴				
既往歴				
肺炎の既往				
処方内容				
食形態	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 分粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー		
	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ソフト		
	水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり(<input type="checkbox"/> 薄め <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 濃いめ)		
食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
摂食行動	食物に対する認知	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	口腔内の溜め込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	食べる意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	せき込み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	偏食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	嚥下状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	食事時の落ち着き	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	誤嚥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (頻度等)		
摂食量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 2/4 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 摂食なし			
食事時間	<input type="checkbox"/> 10分以内 <input type="checkbox"/> 20分以内 <input type="checkbox"/> 30分以上 <input type="checkbox"/> 1時間以上			
備考				