

外来嚥下検査申込書

至誠堂総合病院 医療福祉連携室 (Fax: 023-622-7551 行き)

依頼日: 年 月 日

【依頼元】

施設名: Tel: Fax:

患者情報

【氏名】 【性別】 男 / 女

【生年月日】 M・T・S・H 年 月 日 (歳)

【身長】 cm 【体重】 kg

【当院受診歴】 無し / 有り (内容:)

【住所】

【病名】

【既往歴】

【病状】 熱 °C / 血圧: / mmHg

【検査依頼内容】

【来院時の方法】 ストレッチャー / 車椅子 / 独歩
痰 (有 / 無) 義歯 (有 / 無) 食事のむせ (有 / 無)
安静時のむせ (有 / 無) 口の中に残る (有 / 無)
飲み込み (良 / 不十分 / 不良) 吸引 (有 / 無)

【食事状況】 (全介助 / 一部介助 / 自立)

【食事内容】 <食種など> : 普通食 (家族と同じもの)

<主食> : ご飯 軟飯 お粥 酵素粥 ミキサー粥

<副菜> : 軟菜 きざみ ソフト ミキサー

<水分> : とりみ 有 (濃度:ポタージュ状、ヨーグルト状、ジャム状) / 無

<食事の際の体幹角度> : 30° / 45° / 60° / ベッド上座位 / 車椅子座位 / 座位/
側臥位(右 左)

【留意事項】

1. 家族の承諾を戴いた上で、お申し込み下さい。
2. かかりつけ医の診療情報書をお持ち下さい。
3. 検査の際、説明し同意書への署名をいただきます。
4. ご家族が検査立会いを希望される場合は、調整が必要になりますので、事前にお知らせ下さい。

記載者名:

●貴施設で提供できる食形態について教えて下さい。(複数可)

常菜 常菜きざみ 軟菜 ソフト ミキサー 酵素粥