

嚥下検査申込書 及び 情報提供書

★初めての診察日(初診日)には ・医療保険証 ・その他の受給者証 ・限度額認定書 などのコピーを
申込書と一緒にご提示ください。また、当院又は他院の外來へ通院されている方は事前にご相談ください。

施設名		ご担当者		ご住所	TEL
フリガナ		要介護度	性別	生年月日 (歳)	
お名前	様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
ご希望の検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査			主治医の確認(サイン):		
症 状	<input type="checkbox"/> 水分でムセがある <input type="checkbox"/> 食事でもムセがある <input type="checkbox"/> 食事以外でもムセがある				
	<input type="checkbox"/> その他の摂食嚥下障害の症状 ()				
検査目的	<input type="checkbox"/> 経口摂取は可能か <input type="checkbox"/> 現食事形態は適正か <input type="checkbox"/> 現状維持の対応に不安あり				
	<input type="checkbox"/> その他 ()				
現病歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍(部位:) 発症年月日: 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝炎				
既往歴	<input type="checkbox"/> 神経変性疾患(病名:)				
	<input type="checkbox"/> 肺炎の既往 発症年月日: 年 月 日				
全身状態	<input type="checkbox"/> その他				
	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> HBC <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他				
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 栄養不良(低栄養) 食事の平均摂取量 (主) / (副)				
栄養摂取 方法 及び 食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養				
	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()				
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()				
	水分トロミ対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> 100cc:2,5cc <input type="checkbox"/> 100cc:5cc <input type="checkbox"/> 100cc:10cc <input type="checkbox"/> その他()				
	摂取時の姿勢 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ティルト <input type="checkbox"/> ベット(度)				
	摂取方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
お 薬	食への意欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
	(服薬中のお薬は全てご記入お願いします。資料のコピーでもよろしいです。)				
備 考	(注意事項など)				
検査希望 時期					

上記内容を確認し、検査日程が決定しましたら当院より折り返しご連絡いたします。