

嚥下評価・栄養・食事指導入院依頼書兼診療情報提供書

栗原市立栗原中央病院

平成 年 月 日

TEL 0228-21-5335

FAX 0228-21-5336

(連携室)

医療機関名

医師氏名

⑤

科 医師名

電話番号

フリガナ _____ 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)

患者氏名 _____ 電話番号 _____ ()

患者住所 _____ 職業 _____

保険番号								記号・番号		
------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--

被保険者氏名	本人・家族
--------	-------

公費負担番号								受給者番号					
--------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--

既往歴	1.誤嚥性肺炎 年 月	2.脳血管障害 年 月	3.パーキンソン病 年 月
-----	----------------	----------------	------------------

その他の既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療結果・現在の処方等

患者の情報(該当するものを○で囲んでください)

現在の居住場所 自宅 ・ 施設() ・ その他()

食事形態	主食	普通 ・ 軟飯 ・ (三・五・七)分粥 ・ 全粥 ・ ミキサー
	副食	固形 ・ 一口大 ・ 粗刻み ・ 刻み ・ ミキサー ・ トロミなし ・ トロミあり (薄め ・ 中間 ・ 濃いめ)
	水分	トロミなし ・ トロミあり (薄め ・ 中間 ・ 濃いめ)

摂取行動	食物に対する認知	良 ・ 不良	口腔内の溜め込み	あり ・ なし	その他
	食べる意欲	あり ・ なし	咳き込み	あり ・ なし	
	咀嚼状況	良 ・ 不良	偏食	あり ・ なし	
	嚥下状況	良 ・ 不良	食事中の落ち着き	あり ・ なし	
	誤嚥	なし ・ あり (頻度等)			

摂取量 全量 ・ 3/4 ・ 1/2 ・ 1/4 ・ 摂取なし

食事時間 10分以内 ・ 20分以内 ・ 30分以内 ・ 30分以上

医療行為 褥瘡処置 ・ たん吸引 ・ 麻薬の管理 ・ 胃ろう ・ 気管切開 ・ 点滴 ・ 在宅酸素
その他()

身体状況 寝たきり(褥瘡マット使用) あり なし ・ 車椅子 ・ 歩行器 ・ 独歩 ・ その他()

精神状態 不穏状態あり ・ 認知症あり ・ 認知症なし ・ その他()

感染症 なし ・ あり()

部屋の希望 多床室 ・ 個室(3,240円/日) ・ 2人部屋(1,080/日)

備考 1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
2. 必要がある場合は画像診断のフィルム、検査の記録を添付してください。
3. 紹介元が保険医療機関以外である場合は、紹介元医療機関名の欄に紹介元市町村、保健所名等を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入してください。