嚥下外来　事前情報提供書

記入者：　　（職種：　　）

記載日：　　年　　月　　日

患者氏名　　生年月日　　年　　月　　日　年齢　　歳　性別　男・女

主病名　　身長　　cm　体重　　kg　BMI

平均のバイタル　血圧：　　／　　脈拍：　　回／分　SPO_2　　%

体温：　　℃（一週間以内の発熱　有（　　回）　・　無 ）

◆ 検査依頼内容（困っている事・診てもらいたいところ）

◆ 身体状況

意識レベル	清明・不清明・傾眠（JCS：　　）	麻痺の有無	上肢：　有(右・左・両）・ 無
呼吸状況	良好・不安定・気管切開・O_2療法（　　ℓ/分）		下肢：　有(右・左・両）・ 無
痰吸引	有（約　　回/日）　・　無	肺炎の既往	有（　　回）　・　無
コミュニケーション	正常・会話に混乱あり・理解不能な音声のみ・発話なし・その他（　　）		

◆ 現在の栄養方法

摂取方法	経口摂取・経口-補助併用・非経口のみ	補助(代替)栄養	なし・経鼻経管・胃ろう・点滴・その他（　　）
食形態	主食：＿＿＿＿　副食：＿＿＿＿　補食：＿＿＿＿ 水分：とろみ無　・　とろみ有（　　）　1日の総提供カロリー：　　Kcal		
姿勢	座位 ・椅子 ・ 車椅子 ・ ベッドギャッチアップ＿＿ 度 ・ その他（　　）		
介助の程度	全介助 ・ 半介助 ・ 一部介助 ・ 自立 ・ その他（　　）		
食欲	あり　・　なし	嗜好の問題	あり（　　）・ なし
食事時間	＿＿ 分程度	ムセの有無	有（喀出十分・不十分）・ 無
現在の食事状況（嚥下方法・手技・声かけなど工夫している点・自助具など）			

◆ 口腔機能

顔面麻痺	有(右・左・両）・ 無	舌の麻痺	有(右・左・両）・ 無
義歯	不要 ・ 必要（有・無）	痰の有無	多量 ・ 中等量 ・ 少量 ・ 無

◆ 禁忌事項・その他

医療法人博愛会　広野高原病院　口腔外科