

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 _____

◆検査依頼内容(困っている事・診てほしいこと)

--

◆身体状況

意識レベル	清明・不清明・傾眠(JCS: _____)	麻痺の有無	下肢: 有(右・左・両)・無
呼吸状況	良好・不安定・気管切開・O ₂ 療法(_____ ℓ/分)		上肢: 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・発語なし・その他(_____)		
意思疎通レベル	可能 _____ ・ 簡単な指示は不可 _____ ・ 不可 _____		
アレルギー			
痰吸引	有(約 _____ 回/日)・無	肺炎の既往	有(_____ 回)・無
感染症	HBsAg(_____), HCVAb(_____), WA(_____)		
内服薬			

◆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・ベットギャッチアップ _____ 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	ムセの問題	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
食事時間	不要・必要(有・無)	痰の有無	多量・中等量・少量・無

◆禁忌事項

--