

嚥下評価入院 事前情報記入用紙

※わかる範囲でご記入ください

記入日： 年 月 日

ふりがな				生年月日	年 月 日 ( 歳)		
名前	(男・女)			主介護者	続柄：		
生活場所	<input type="checkbox"/> 施設 ( )			<input type="checkbox"/> 自宅：サービス利用 ( )			
	<input type="checkbox"/> 病院 ( )						
患者住所	〒						
電話番号				連絡先番号			
嚥下評価入院を知った理由		当院HP・チラシ・当院の職員紹介・その他 ( )					
<b>受診者の方について</b>							
身体	身長：	cm	体重：	kg	酸素流入	<input type="checkbox"/> あり ( ℓ/min)	
主病名 既往歴							
受診目的							
<b>普段のお食事についてお答えください</b>							
食事	主食：米飯・軟飯・全粥・ミキサー粥・パン・麺・その他 ( )						
	副食：通常(家族と同じ)・軟菜食・1口大・キザミ食・ミキサー食・ソフト食 ゼリー食・その他 ( )・補助食品 ( )						
	経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) ・中心静脈栄養 ・その他 ( )						
水分トロミ	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (薄いトロミ・中間トロミ・濃いトロミ)						
嗜好品							
食事量	<input type="checkbox"/> 全量	<input type="checkbox"/> ( ) 割程度	食事時間	分	食事回数	1日 ( ) 回	
摂取方法	<input type="checkbox"/> 自己摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
食事姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
食具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ( )						
内服	<input type="checkbox"/> 経口 (水・トロミ・ゼリー)		<input type="checkbox"/> 非経口 (経管など)		<input type="checkbox"/> 錠剤・ <input type="checkbox"/> 粉碎・ <input type="checkbox"/> 顆粒		
<b>普段の様子についてお答えください</b>							
移乗動作	<input type="checkbox"/> 1人で歩く <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> その他						
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (上・下・あるが未使用)				(部分入れ歯・総入れ歯)	
かかりつけの歯科医院はありますか？				<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある( 歯科名： )		
これまでに飲み薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？				<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある( )		
アレルギー性の病気や体質がありますか？				<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある( )		
入院希望日 (※入院は火曜日)	第一希望	月 日 (火)	第二希望	月 日 (火)			
連絡事項・ご希望など							

ご記入後は、医療福祉相談室まで

FAX 072-341-8080

阪和第二泉北病院

2401F