

①嚥下外来事前情報記入用紙（1/2枚目）

記入日： 年 月 日

ふりがな			生年月日	年 月 日（ 歳）	
受診者 氏名	(男・女)		主介護者 氏名	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（ ）				
受診者 住所	〒				
電話番号	（ ）		連絡先番号	（ ）	
嚥下外来を知った理由	当院HP・チラシ・広告・当院の職員紹介・その他（ ）				
受診目的	(診て欲しい内容・ご希望など) <input type="checkbox"/> 飲み込みの機能評価 <input type="checkbox"/> 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 食事形態の評価 <input type="checkbox"/> 食事姿勢評価				
誤嚥性肺炎の既往	<input type="checkbox"/> あり（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> なし		酸素流入	<input type="checkbox"/> あり（ ℓ/min）	
主病名 既往歴					
普段のお食事についてお答えください					
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
普段の様子についてお答えください					
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（ ）	
受診希望日（診察は火曜日）	第一希望	月 日（火）	第二希望	月 日（火）	
連絡事項・その他ご要望など					

記入後、2枚FAXまたは郵送下さい

072-277-1034（受診前日必着）

阪和第二泉北病院

 スキャン 歯科 案内 2409HP

②嚥下外来事前情報記入用紙（2/2枚目）

記入日： 年 月 日

氏名：		身長：	cm	体重：	kg
-----	--	-----	----	-----	----

●受診にあたって下記の内容をご確認いただき、チェックをつけてください

- ・嚥下外来は、火曜日の午後の**完全予約制**です。FAXで受付の場合、受診日時は折り返し連絡します。
- ・嚥下外来**受診当日の入院はできません**。
- ・直近の**食事摂取量が大幅に減っている、食べれていない日が続いている**などのケースは、まずはベースとなる栄養が必要なため、**嚥下外来の受診ではなく、入院をご検討**下さい。
詳細は当院の医療福祉相談室までお電話でご相談ください。（☎ 072-277-1401）
- ・受診は、検査の進捗にもよりますが、**2時間半程度の所要時間**がかかります。耐久性等に不安がある場合は、事前にお伝えください。体調に配慮し実施させていただきます。
- ・初診の方は、嚥下内視鏡検査（VE）を実施します。各種検査結果で別日の実施となる場合があります。
- ・患者様の全身状態、嚥下の検査結果によっては**経口摂取が難しいと判断される**こともあります。
- ・嚥下リハビリ入院は、嚥下外来を受診後、医師が適用の判断の上、入院面談にてご家族様、ご本人様にプログラムの内容に同意いただいた方が対象です。嚥下リハビリ入院は、通常の療養型での入院とは異なり、4週間を目安に集中的にリハビリを実施します。詳細は、面談でご確認ください。

上記の内容について了承しました

【質問シート】

あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についていくつかの質問をします。ここ2，3年から最近のことについてお答えください。いずれも大切な症状ですので、よく読んでA,B,Cのいずれかに○をつけてください。

回答者：	本人 ・ 家族等 ・ その他（ ）	A	B	C
1	肺炎と診断されたことはありますか？	繰り返す	一度だけ	なし
2	やせてきましたか？	明らかに	わずかに	ない
3	物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
4	食事中にむせることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
5	お茶を飲むときにむせることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
6	食事中や食後、それ以外の時にもゴロゴロ（痰が絡んだ感じ）することがありますか？	しばしば	ときどき	なし
7	のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
8	食べるのが遅くなりましたか？	たいへん	わずかに	なし
9	硬いものが食べにくくなりましたか？	たいへん	ときどき	なし
10	口から食べ物がこぼれることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
11	口の中に食べ物が残ることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
12	食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくるがありますか？	しばしば	ときどき	なし
13	胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
14	夜、咳で眠れなかったり、目覚めることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
15	声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）	たいへん	わずかに	なし

出典：大熊るり、藤島一郎、小島千枝子、他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発、日本摂食嚥下リハ学会誌6(1):3-8.2002(一部修正)

記入後、2枚FAXまたは郵送下さい

072-277-1034（受診前日必着）

阪和第二泉北病院

スキャン 歯科 案内 2409HP