

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	☐ 施設（ ） ☐ 病院（ ）		☐ 自宅：サービス利用（ ）		
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) ☐ 飲み込みの機能評価 ☐ 誤嚥の有無 ☐ 食事形態の評価 ☐ 食事姿勢評価				
誤嚥性肺炎の既往	☐ あり（ 年 月頃） ☐ なし		酸素流入	☐ 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	☐ なし・ ☐ あり（薄いトロミ・中間トロミ・濃いトロミ）				
嗜好品					
食事量	☐ 全量	☐ () 割程度	食事時間	分	食事回数 1日（ ）回
摂取方法	☐ 自己摂取 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他（ ）				
食事姿勢	☐ 椅子 ☐ 標準型車椅子 ☐ リクライニング車椅子 ☐ ベッド上 ☐ その他（ ）				
食具	☐ 箸 ☐ スプーン ☐ フォーク ☐ その他（ ）				
内服	☐ 経口（水・トロミ・ゼリー）		☐ 非経口（経管など）		☐ 錠剤・ ☐ 粉砕・ ☐ 顆粒
普段の様子についてお答えください					
移乗動作	☐ 1人で歩く ☐ 杖・歩行器 ☐ 標準型車椅子 ☐ リクライニング車椅子 ☐ その他				
意思疎通	☐ 問題なし ☐ やや困難 ☐ 困難 ☐ その他（ ）				
義歯使用	☐ なし	☐ 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？			☐ ない	☐ 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？			☐ ない	☐ ある（ ）	
アレルギー性の病気や体質がありますか？			☐ ない	☐ 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、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 2609HP

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ことがありますか？	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、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 2609HP

【ご案内】このページはFAX不要です

1枚目と2枚目をわかる範囲でご記入後、FAXまたは郵送して下さい
FAX 072-277-1034（受診前日までに必着をお願いします）

受診日 年 月 日（火）

- ・ 1 診察目の方は13:00～、2診目でご予約の方は13:15～となります。
- ・ 予約の時間通りにA棟 1F総合案内へお越しください。
- ・ ご予約の変更やキャンセルは必ずお電話でお伝えください。

【当日の持ち物】

- ①マイナンバーカード（マイナ保険証）、健康保険証
- ②診察券（お持ちの場合）
- ③診療情報提供書
※お持ちでない場合は、特定療養費（1650円）が必要となります。
- ④お薬手帳
- ⑤検査用のお食事（普段食べている食事や食べづらくなっているものなど2～3品。お食事を食べていない場合は、プリンやゼリーなどをお持ちください）
- ⑥普段お使いのスプーンやお箸など

【ご案内】

- ・ 受診時間の目安は約2時間半～3時間程度となります。検査結果が出るまで時間がかかる可能性もございます。予めご了承ください。
- ・ 当日は、CT検査がありますので、脱ぎ着しやすい服装でお越しください。
- ・ 嚥下の検査では、鼻からファイバースコープ（カメラ）を入れて喉の様子を確認します。詳細は当日、医師よりご説明いたします。
- ・ 受診当日に、検査結果のサマリーをお渡しします。



詳細は病院HPを
ご覧ください



阪和第二泉北病院 堺市中区深井北町3176番地 電話072-277-1401

JR阪和線 上野芝駅・南海泉北線 深井駅より送迎バスあり

記入後、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 2609HP