

診療情報提供書

年 月 日 付

平素は大変お世話になっております。

この度、嚥下機能の詳細評価のため、貴院にて嚥下造影検査実施をお願いしたく存じます。

1. 基本情報

患者氏名		生年月日	M・T・S・H	年	月	日
患者住所		電話番号				
主病名						
合併症						
日常生活動作	自立・一部介助・全介助	認知症	無し・軽度・中等度・重度			
要介護認定の状況	無・有	要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5）				
薬剤アレルギー	無・有					
食物アレルギー	無・有					

2. 嚥下機能

経口摂取	無・有	摂取方法	自力・一部介助・全介助
経管栄養	無・有（末梢点滴・中心静脈栄養・経鼻胃管・胃瘻）		
主食	ご飯・お粥・ミキサー粥・ゼリー粥・その他（ ）		
副食	常食・軟菜・一口大・刻み・ミキサー食・ゼリー食・その他（ ）		
水分	とろみなし・薄いとろみ・中間のとろみ・濃いとろみ・その他（ ）		
姿勢	椅子・普通型車椅子・チルトリクライニング車椅子 ベッド上（ギャッジアップ 30度、45度、60度）・その他（ ）		
その他			

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

印

TEL 0857-38-3251 FAX 0857-32-2513

（尾崎病院 地域連携室）