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）