

摂食・嚥下機能評価検査申請書

※ この票は在宅高齢者の摂食・嚥下機能を支援する方のどなたでも記入して、申請することができます。
介護する方の日常を観察してみましょう。次のような症状が見られたら□にチェックをして、早めに相談が必要です。

 <p><input type="checkbox"/> 最近、食事中に何故か苦しそうにしていませんか？ (咳をしたり、むせたり、声がガラガラしたり)</p>	 <p><input type="checkbox"/> 最近、食事がゆっくりになり<u>30分以上</u>かかるようになっていませんか？ (食べにくそう、飲み込みにくそう、口の中に溜めている)</p>
 <p><input type="checkbox"/> 最近、やせてきていませんか？ (2キロぐらい痩せた！)</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科に1年以上かかっている</p>	 <p><input type="checkbox"/> 唾液や痰(たん)が多くなっていますか？ (口の中に溜まっている)</p>

【相談内容と共有する情報を記載して下さい。】

平成 年 月 日

ふりがな 氏名		男 女	生年月日	大正	昭和	平成	
住所	〒180ー 武蔵野市						
相談する内容	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能低下の疑いに対する検査						

【全身状況】

病名・障害名	(発症年月日)					
日常生活自立判定基準	I・II a・II b・III a・III b・IV・M	寝たきり度 : J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
気管切開・痰・吸引	気管切開(有・無)	痰(有・無)	吸引(有・無)			
肺炎の既往	現在あり ・ 既往あり (年 月) 過去(回既往) ・なし					

【栄養管理・食事の状況】

身長・体重	身長 ()cm	体重 ()kg	増減 ()kg	直近3ヶ月
栄養手段・状況	<input type="checkbox"/> 経口(常食・粥・きざみ・ペースト・()) <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他			
食べ方の工夫	<input type="checkbox"/> 行っている(具体的に) <input type="checkbox"/> 行っていない			

【服薬の状態】

薬剤名	
投薬方法(飲み方)	<input type="checkbox"/> 経管(粉碎) <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法 <input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー埋め込み)
服薬時に気になること	
コメント記入欄	
記入者名	職種() 所属()
住所	連絡先TEL ()