

摂食・嚥下評価表 患者情報収集用紙

・氏名 様 ・ID
 ・生年月日 ・年齢
 ・連絡先 自宅 携帯

入院日	年 月 日 ()
紹介先(施設名)	
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 (無・有: 歳) <input type="checkbox"/> 脳出血 (無・有: 歳) <input type="checkbox"/> 難病 (無・有: 歳) <input type="checkbox"/> 肺炎 (無・有: 歳) <input type="checkbox"/> 認知症 (無・有: 歳) <input type="checkbox"/> その他 ()
依頼内容	<input type="checkbox"/> 食事でむせる <input type="checkbox"/> 水分でむせる <input type="checkbox"/> 食事が口の中に残る <input type="checkbox"/> 食事の飲み込みが悪い <input type="checkbox"/> 食事が通りにくい <input type="checkbox"/> 口が開かない <input type="checkbox"/> 微熱が続く <input type="checkbox"/> 痰が増えた <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重が減少してきた <input type="checkbox"/> 経管栄養だが、再度経口摂取ができないか評価して欲しい <input type="checkbox"/> 口腔ケア方法を教えて欲しい <input type="checkbox"/> 嚥下訓練の方法を教えて欲しい <input type="checkbox"/> その他 ()
食事状況	経口: 可(普通食・軟食・粥食・キザミ食・ペースト食・ゼリー食) 不可(PEG・NG・その他) 水分: 可(とろみ不要・とろみ付き) 不可
ADL	自力歩行 車椅子 見守り 寝たきり
会話	可・不可
義歯	無・有(上・下・総義歯)・有るが使っていない
介護度	未申請 要支援 () 要介護 ()
ケアマネジャー	無 事業所名 () 担当者 ()

公立西知多総合病院 摂食・嚥下ケアチーム

TEL 0562-33-9858 FAX 0562-33-0010 地域医療連携部門 直通