

南宇和病院 嚥下機能評価検査 申込み用 FAX 用紙①

申込日：平成_____年_____月_____日

わかる範囲でお答えください 該当項目にはチェック☑を入れてください

患者	ふりがな			TEL		
	氏 名	様		性別	☐男 ☐女	
	生年月日	☐明治 ☐大正 ☐昭和 ☐平成	年 月 日生	歳		
ご紹介元の施設名 又は事業所名						
電話番号 FAX 番号		Tel () — Fax () —		担当者 職・氏名		
●既往歴・現病歴（大きな病気を起こしたことはありますか、又は現在病気にかかっていますか）						
南宇和病院受診の有無：☐無 ☐有 （南宇和病院かかりつけの場合は記載不要です）						
●検査の実施理由（複数選択可）						
☐飲み込みの機能評価 ☐誤嚥の有無 ☐食事形態の検討 ☐食事の姿勢の検討						
☐その他（ ）						
●現在のお食事や栄養の摂取方法（複数選択可）						
☐口から ☐経管栄養（胃瘻など） ☐点滴 ☐その他（ ）						
※「口から」とお答えになった方へ 食事内容を以下から選択してください（複数選択可）						
☐ゼリー食 ☐ミキサー食（☐ペースト状 ☐ムース状 ☐スープ状） ☐きざみ食						
☐その他（ ）						
●お食事や飲み込みについて、気になっていること等ありましたらご記入ください						

◇検査の申込みは、FAX にて事前受付となります。

◇本書（検査申込み）と「食べる機能チェック表」を一緒に地域連携室へ送信をお願いします。

◇上記内容を確認し、検査日時が決定しましたら地域連携室より検査を受ける方（施設又は事業所の担当者）へ折り返しご連絡いたします。

南宇和病院 地域連携室行き

FAX : 0895-72-1361