

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

記載例

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	えひめ はなこ		TEL	0895-12-3456
	氏名	愛媛 花子 様		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年 〇月 〇〇日生	〇〇 歳	
ご紹介元の施設名 又は事業所名		愛南自由が丘			
電話番号	Tel (〇〇) 〇〇-1234		担当者	看護職員	
FAX 番号	Fax (〇〇) 〇〇-5678		職・氏名	愛南 太郎	
●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： <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (南宇和病院かかりつけの場合は記載不要です)					
H10 年頃 パーキンソン病 (あるいは 72 歳頃 パーキンソン病)					
H15 年頃 脳卒中					
●検査の実施理由 (複数選択可)					
<input checked="" type="checkbox"/> 飲み込みの機能評価 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 食事形態の検討 <input type="checkbox"/> 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)					
<input checked="" type="checkbox"/> 口から <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻など) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 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)					
<input type="checkbox"/> ゼリー食 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー食 (<input checked="" type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> スープ状) <input type="checkbox"/> きざみ食					
その他 (水分はとろみを付けています。)					
●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					
・飲み込むのに時間がかかり、むせることが多くなりました。					
・口の中にいつまでも食べ物が残っています。					

◇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