

嚥下検査申込書 及び 情報提供書

★初めての診察日(初診日)には、医療保険証、その他の受給者証、限度額認定証などのコピーを申込書と一緒に
ご提示ください。また、当院又は他院の外来へ通院されている方は事前にご相談ください。

フリガナ		性別	生年月日 (歳)		
お名前	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	西暦	年	月 日

施設名		ご住所	TEL	ご担当者名
-----	--	-----	-----	-------

ご希望の検査 <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 <input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査

症状	<input type="checkbox"/> 水分でムセがある <input type="checkbox"/> 食事でもムセがある <input type="checkbox"/> 食事以外でもムセがある <input type="checkbox"/> その他の摂食嚥下障害の症状()
検査目的	<input type="checkbox"/> 経口摂取は可能か <input type="checkbox"/> 現食事形態は適正か <input type="checkbox"/> 現状維持の対応に不安あり <input type="checkbox"/> その他()
現病歴 既往歴 全身状態	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍(部位：) 発症年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 神経変性疾患(病名：) <input type="checkbox"/> 肺炎の既往 発症年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他() 麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位：)
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> HBC <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> その他)
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 栄養不良(低栄養) 食事の平均摂取量(主) / (副)
栄養摂取 方法 及び 食形態	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他() 水分トミ対応 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 100cc:2.5cc(弱) <input type="checkbox"/> 100cc:5cc(中) <input type="checkbox"/> 100cc:10cc(強) <input type="checkbox"/> その他() 摂取時の姿勢 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ティルト <input type="checkbox"/> ベット(度) 摂取方法 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食への意欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
お薬	(服薬中のお薬はすべてご記入お願いします。資料のコピーでもよろしいです。)
備考	(注意事項など)
検査希望 時期	

上記内容を確認し、検査日程が決定しましたら当院より折り返しご連絡いたします。

医療法人社団 成仁会 市ケ尾病院 歯科口腔外科

TEL：045-511-7811(代表)

FAX：045-511-8547