

VF外来申し込み用紙兼診療情報提供書

申し込み先 プライムホスピタル玉島 担当医 申し込み日 年 月 日
 TEL 086-526-5511 FAX 086-526-5513

●患者情報

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女
生年月日 T・S・H 年 月 (歳)	
住 所	

●主症状 (該当に○をしてください)

() 食事量の減少	() 食べられない、飲み込めない
() 食事時のむせ、咳き込み	() 飲水時のむせ、咳き込み
() その他	
コメント (状況など)	

●主な疾患・既往歴 (分かる範囲で)

主な疾患	
既往歴	誤嚥性肺炎の既往： 無 ・ 有 (時期： 歳頃)
薬品アレルギー	

●検査理由

() 食事形態の検討	() 誤嚥の有無
() 経管栄養から経口摂取への移行の可否	() その他

●検査のコース

() VF評価及びリハビリ指導	() VF評価のみ
------------------	------------

●食事評価 (形態を記載)

主食	
おかず	
水分	普通 ・ とろみ
その他	経管栄養 (経鼻栄養 ・ PEG)
薬	錠剤 ・ 粉薬
食べ方	自立 ・ 部分介助 ・ 全介助

申し込み施設名 連絡先	担当医師名
住所 〒	
TEL	FAX