

# 摂食嚥下リハビリテーション外来申し込み用紙 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 日 ( 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

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

## ● 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

担当医師名

連絡先

住所 〒

TEL

FAX