

# 摂食嚥下専門外来問診票

送信先医療機関

富山県済生会高岡病院

〒933-8525 高岡市二塚387-1

**TEL.0766-50-8870**

**FAX.0766-21-1516**

送信元医療機関

連絡先: \_\_\_\_\_

記載者: \_\_\_\_\_

記載日: 年 月 日

ID:

ふりがな	大・昭・平・令		
患者氏名:	生年月日: 年 月 日 ( 歳)	性別: 男・女	
紹介理由	<input type="checkbox"/> 誤嚥をしていないかの確認		
	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価		
	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎の既往の有無 ( <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し )		
	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
食事	主食・副食 <input type="checkbox"/> 家族と同じ <input type="checkbox"/> 家族とは別( _____ )		
	水分 <input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり		
摂取状況	1. 食べ物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし
	2. 食事中にムセることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし
	3. お茶や味噌汁など汁物でムセることがありますか？	<input type="checkbox"/> よくある	<input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> なし
	4. 食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに <input type="checkbox"/> なし
介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		

問診は以上です。ご記入ありがとうございました。