

嚥下外来 事前情報提供書

記入者： _____ (職種： _____)

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳 性別 男・女

主病名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg BMI _____

平均のバイタル 血圧： _____ / _____ 脈拍： _____ 回/分 SPO₂ _____ %

体温： _____ °C (一週間以内の発熱 有 (_____ 回) ・ 無)

◆ 検査依頼内容 (困っている事・診てほしいところ)

--

◆ 身体状況

意識レベル	清明・不清明・傾眠 (JCS : _____)	麻痺の有無	上肢： 有(右・左・両) ・ 無
呼吸状況	良好・不安定・気管切開・O ₂ 療法 (_____ l/分)		下肢： 有(右・左・両) ・ 無
痰吸引	有(約 _____ 回/日) ・ 無	肺炎の既往	有(_____ 回) ・ 無
コミュニケーション	正常・会話に混乱あり・理解不能な音声のみ・発話なし・その他 (_____)		

◆ 現在の栄養方法

摂取方法	経口摂取・経口-補助併用・非経口のみ	補助(代替)栄養	なし・経鼻経管・胃ろう・点滴・その他 (_____)
食形態	主食： _____ 副食： _____ 補食： _____ 水分：とろみ無 ・ とろみ有 (_____) 1日の総提供カロリー： _____ Kcal		
姿勢	座位・椅子・車椅子・ベッドギャッチアップ _____ 度・その他 (_____)		
介助の程度	全介助・半介助・一部介助・自立・その他 (_____)		
食欲	あり ・ なし	嗜好の問題	あり (_____) ・ なし
食事時間	_____ 分程度	ムセの有無	有(喀出十分・不十分) ・ 無
現在の食事状況 (嚥下方法・手技・声かけなど工夫している点・自助具など)			

◆ 口腔機能

顔面麻痺	有(右・左・両) ・ 無	舌の麻痺	有(右・左・両) ・ 無
義歯	不要 ・ 必要 (有・無)	痰の有無	多量 ・ 中等量 ・ 少量 ・ 無

◆ 非 VF 検査 (実施できたものがあればご記入下さい)

実施日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

RSST	回/30sec	MWST		フードテスト	
喉頭挙上音		食事中 SPO ₂		嚥下反射惹起	良・遅延・不良

◆ 禁忌事項・その他

--