

診療情報提供書（嚥下用）

紹介先医療機関名

三友堂リハビリテーションセンター
リハビリ科

穂坂 雅之 先生

紹介元医療機関

住 所：

医療機関名称：

電 話 番 号：

医 師： 印

下記患者の摂食・嚥下支援を依頼します。

患者氏名： (男・女) 生年月日： (歳)

患者住所：

電話番号：

傷 病 名：

臨床経過・処方内容等

現在の食形態：主食（ご飯・粥・その他） 副菜（普通・柔らかいもの・刻み・その他）

摂食・嚥下症状

<input type="checkbox"/> 食事にむせることがある	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中にたまる	<input type="checkbox"/> 飲み込むのに苦労する
<input type="checkbox"/> 硬いものが噛みにくくなった	<input type="checkbox"/> 舌に舌苔がついている	<input type="checkbox"/> 声が変わった
<input type="checkbox"/> よく咳をする	<input type="checkbox"/> 食事を残すことが多い	<input type="checkbox"/> 体重が減った

日常生活自立度

移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> ベッド上生活（寝返り： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可）
歩行	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 装具歩行	<input type="checkbox"/> 車椅子使用（ <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 介助）
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	（胃栄養チューブの使用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	（オムツ排泄： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無、バルーン留置： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
着替	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	

言語障害 無 全失語 運動性失語 感覚性失語 構音障害

嚥下障害 無 有

認知症 無 軽度 中等度 高度

褥 創 無 有（部位：）