

診療情報提供書 兼 嚥下外来問診票

令和 年 月 日

箕面市立病院
リハビリテーション科

所在地
施設名
医師名
TEL
FAX

先生

フリガナ		生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
患者氏名		TEL	-	-	(必ずご記入ください)	

【傷病名】(嚥下障害の原因疾患)

【紹介目的】

【既往歴・家族歴】

【症状経過】

* 血液検査データがある場合は添付をお願いします。

【処方内容】

■ 患者さまについて、下記の項目にお答えください。 ※小児および小児疾患の方は嚥下外来の対象外となります。

①新たに発症、または急性増悪した嚥下障害ですか はい・いいえ ③全身状態は安定していますか はい・いいえ
②現在、経口摂取をしていますか はい・いいえ ④2時間程度の座位がとれますか はい・いいえ

■ 検査・訓練を安全に実施するために、以下の項目にお答えください。

①いつから嚥下障害がありますか (令和 年 月 頃より)

②いままでに嚥下訓練の経験がありますか
(いいえ・はい → いつ頃：令和 年 月 頃 訓練者(どこで/だれが):)

③現在、在宅または通所での嚥下訓練をしていますか (例：訪問STなど)
(いいえ・はい → 訓練/職種： 事業所：)

④介護保険でのリハビリ (通所リハビリ・訪問リハビリ等) はしていますか
(いいえ・はい → 種類： 事業所：)

⑤介護度： なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
※ケアマネジャー(氏名： 事業所)

⑥移動能力： 独歩・つたい歩き・手引き歩行・車いす・寝たきり
※ 車いすレベルの患者さま → 移乗介助量(大・中・小) 自走能力(可・不可)

⑦身長()cm・体重()kg (通常体重 kg 令和 年 月 頃まで)

■ 問診票記入日 令和 年 月 日