

診療情報提供書 兼 嚥下外来問診票

平成 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	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 (平成 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：平成 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 平成 年 月 頃まで)

■ 問診票記入日 平成 年 月 日