

摂食嚥下外来・診療情報連絡票

いわてリハビリテーションセンター 宛

平成 年 月 日

病院名

所在地

TEL

FAX

医師氏名

フリガナ 患者氏名	生年月日	M. T. S. H
様 (男・女)	年 月 日	(歳)
住 所	Tel () —	
診 断 及び障害		
発症(受傷)日		
手 術 日		
合併症		
既 往 歴	同居家族 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (主な介護者)	
発病から現在までの状況	※該当項目の記載をお願いします。 【精神・身体機能状況】 ・意識障害: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありJCS() ・精神状態: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ ・認知機能低下: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ・言語障害: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 構音障害 ・嚥下障害: <input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 ・起立性低血圧: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明 ・褥 瘡: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位) ・感 染 症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(HBV・HCV) ・免疫抑制剤使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(ステロイド) ・喀痰吸引: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【ADL 状況】 ・寝 返 り: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支持で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・起き上がり: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・座位保持: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支持で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・移 乗: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 監視・一部介助で可 <input type="checkbox"/> 不可 ・移 動: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 監視 <input type="checkbox"/> 介助) ・更 衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ・排 泄: (<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド) <input type="checkbox"/> 失禁(<input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 便) (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) ・口腔清潔: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 ・食事摂取: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 併用 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)	
【摂食状況】 <input type="checkbox"/> 食形態: 主食→米飯・軟飯・全粥 副食→刻み無・一口大・粗刻み・細刻み・ ミキサー食・形態調整食() とろみ付・その他() <input type="checkbox"/> 食事時間: (分) <input type="checkbox"/> 介護食器: 無・有() <input type="checkbox"/> 食事姿勢: ベッド上(側臥位・ギヤッジアップ 度) 食卓椅子・車椅子・あぐら座位・正座 <input type="checkbox"/> 食事時の姿勢の崩れ: 無・有 <input type="checkbox"/> むせ: 無・有(食事中毎回・時々) (むせる食材:) <input type="checkbox"/> 痰: 無・有 <input type="checkbox"/> 発熱: 無・有(いつ頃:) <input type="checkbox"/> 肺炎の既往: 無・有(いつ頃:) <input type="checkbox"/> 義歯: 無・有(総義歯・部分義歯)・必要無 <input type="checkbox"/> 義歯の不具合: 無・有(程度) <input type="checkbox"/> 残存歯 (約 本)		
保 険 の 種 別	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他()	