

摂食機能評価依頼書

依頼日 平成____年____月____日

依頼先 _____

依頼元 _____ 依頼者: _____

住所 〒 _____ :

電話 () _____ : FAX () _____

患者さん氏名: _____ M・F 生年月日 M・T・S _____年____月____日

依頼内容	嚥下機能精密検査(内視鏡検査)・嚥下訓練・代償的介入方法
	<p>具体的内容:</p> <p><input type="checkbox"/> 摂食・嚥下機能の状態を知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 経口摂取が可能かどうか知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 食形態について</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の食形態が適切か知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> どのような食形態が適切か知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 食事姿勢について</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の食事姿勢が適切か知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 適切な食事姿勢を知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 嚥下訓練について</p> <p><input type="checkbox"/> 現在の訓練を継続するか知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 適切な訓練方法があれば知りたい</p>
摂食状況	<p>栄養方法(胃ろう・経鼻経管・代替栄養・一部経口摂取・全量経口摂取)</p> <p>現在の食形態(主食: _____ 副食: _____ 水分: _____)</p> <p>現在の食事姿勢(リクライニング____度、頸部回旋(左・右)、その他 _____)</p> <p>食事時間(____分)、摂取量(全量・半量・少量・無し)</p> <p>ムセ有無(有・無)、湿性嚔声(有・無)、食事中断(有・無)、発熱(有・無)</p> <p>RSST(____回)、MWST(____点)、FT(____点)</p>
全身状態	原疾患(脳血管障害・神経筋疾患・呼吸器疾患・認知症・その他(_____))
ADL	食事(自立・見守り・部分介助・全介助) 排泄(自立・見守り・部分介助・全介助)
	移乗(自立・見守り・部分介助・全介助) 移動(自立・見守り・部分介助・全介助)
	コミュニケーション問題(有・無・不可) 認知機能問題(有・若干・無)