

検査依頼書 兼 診療情報提供書

検査内容（ 嚥下造影 ）

↑ 依頼する検査名を○で囲んでください

患者氏名（フリガナ）		生年月日		性別
姓	名	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所・電話番号（自宅または携帯番号）		検査希望日		
住所：		① 月 日		
電話番号：		② 月 日		
愛知国際病院診察券番号（受診歴有の場合）：		③ 月 日		
診断名				
病歴				
検査目的	<input type="checkbox"/> 誤嚥の確認		<input type="checkbox"/> サイレント・アスピレーションの確認	
	<input type="checkbox"/> 安全な摂食条件の確認		<input type="checkbox"/> その他：	
嚥下に関する問題点				
栄養方法	経口摂取	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無（絶食）	開始時期
	経腸栄養	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> その他：	年 月
	中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> CVポート留置	年 月
摂取状況等	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通食・軟飯軟菜 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 水分トロミ		
		<input type="checkbox"/> 流動・飲料 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> ゼリー		
		<input type="checkbox"/> その他：		
	1日の接種量	<input type="checkbox"/> 良好（3食以上）	<input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 少量（内容： ）	
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	誤嚥兆候（疑い）	<input type="checkbox"/> ムセ <input type="checkbox"/> 微熱	<input type="checkbox"/> 呼吸器症状 <input type="checkbox"/> 肺炎既往 <input type="checkbox"/> 窒息既往	
		<input type="checkbox"/> その他：		
その他 覚醒・嗜好・内服等				
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
食事場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設内（ <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 入所） <input type="checkbox"/> その他：			
部屋希望	<input type="checkbox"/> 個室希望（個室費用が発生します）		<input type="checkbox"/> 大部屋希望	

医療機関名

診療科

電話番号

FAX番号

紹介元情報

依頼年月日

依頼医サイン

医療法人財団
愛泉会

愛知国際病院 TEL：0561-73-7721/FAX：0561-73-8542

記載後、当院へFAXをお送りください。当日は本紙を受付へご提出ください。