

FAX 0561-73-8542

FAX送信用・病院提出用（別にカルテ保存用コピーをお取り下さい）

## 嚥下造影 検査依頼書兼診療情報提供書

患者氏名(フリガナ)		生年月日		性別	
姓	名	□M □T □S □H 年 月 日 年齢 歳		□男 □女	
住所・電話（携帯電話可）		愛知国際病院ID（受診歴有の場合）：		検査希望日	
住 所：		— —		① 月 日（ ）	
電話：（自宅または携帯電話番号）：		— —		② 月 日（ ）	
1. 診断名					
2. 病 歴					
3. 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：			
4. 栄養方法		経口摂取	□有→5.「摂取状況等」に詳述下さい □無（絶食）		開始時期
		経腸栄養	□胃瘻 □経鼻経管 □その他：		年 月
		中心静脈栄養	□有 □CVポート留置		年 月
5. 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"/> 水分ト口ミ <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：		
※可能な項目に記載を お願いします。		1日の摂取量	<input type="checkbox"/> 良好（3食以上） <input type="checkbox"/> 少なめ（1食以上） <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・内服など			
		A D L	<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：		
6. V F入院時		病 室	<input type="checkbox"/> 個室希望（¥6,100～7,100/日）※税別 <input type="checkbox"/> 大部屋希望		

医療機関名

診療科

科

紹介元情報

電話

依頼年月日

年

月

日

FAX

依頼医サイン

印

（サインが自筆の場合は不要）

医療法人財団愛泉会 愛知国際病院 代表電話番号：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。