申し込み用紙　兼　診療情報提供書

申し込み先　国保野上厚生総合病院　　担当医　　申し込み日　　年　　月　　日

FAX：073-488-7478　　TEL：073-489-2245（地域連携室直通）

申し込み施設		医師名	
住所			
TEL		FAX	

氏　名	
生年月日	T　・　S　・　H　　年　　月　　日　（　　）歳
住　所	

主な病名	**紹介理由** ☐食事形態の検討　☐経管栄養から経口摂取への移行の可否 ☐誤嚥の有無　☐肺炎と診断されたことが複数回ある ☐その他
既往歴	
処方	
薬剤・食物アレルギー	
主症状	☐食事量の減少　☐食べられない・飲み込めない　☐食事時のむせ・せき込み ☐飲水時のむせ・せき込み　☐痰が多い　☐その他
ADL	日常生活動作　☐自立　☐部分介助　☐全介助 移動時補助具　☐なし　☐杖　☐車椅子 意思疎通　☐普通にできる　☐何とかできる　☐できない
歯科状況	義歯の有無　☐なし　☐あり　→　☐使用中　☐使用していない　☐その他
食事状況	☐経口摂取　1日（　　）回 主食　☐米飯　☐柔らかいごはん　☐お粥（粒あり）　☐ミキサー粥 ☐パン　☐麺　☐なし　☐その他[　　] 副食　☐家族と同じおかず　☐軟らかく煮たもの　☐きざみ　☐極きざみ ☐ミキサー食　☐その他[　　] 嗜好品や補助食品　☐なし　☐あり[　　] 水分　☐とろみなし　☐とろみ付き　☐ゼリー飲料 食べ方　☐自力摂取　☐部分介助　☐全介助 姿勢　☐ベット上　☐椅子　☐車椅子 ☐経腸栄養 投与経路　☐経鼻　☐胃瘻 栄養剤名・投与量[　　]
介護環境	要介護度　☐自立　☐要支援[　]　☐要介助[　] キーパーソン[　　]　続柄[　]　主介護者[　　]　続柄[　] ケアマネージャー[　　]　事業所名[　　]