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（地域医療相談支援センター直通）

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[　　]