

摂食・嚥下外来受付票

受付日： 年 月 日
受付サイン： _____

患者情報

ふりがな 氏 名		性別	男性・女性
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢	歳
住 所 電話番号	【 自宅 ・ 施設 】 → あてはまるものに○をつけて下さい。 ※施設などに入居中の場合は、下記へ入居先の住所・施設名・連絡先をお書き下さい。		
	【住 所】〒		
	【施設名】		
	【電話番号】		

相談者・申込者

ふりがな 氏 名		患者との関係	
住 所 電話番号	※医療機関の場合は、医療機関名・住所・連絡先をお書き下さい。 ※ご家族様の場合は、ご家族様の住所・連絡先をお書き下さい。		
	【 住 所 】〒		
	【医療機関名】		
	【電話番号】		
当院外来をどのようにし てお知りになりましたか。	<input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> かかりつけの医療機関や施設からの紹介		<input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
相談内容			

過去にかかったことがある病気や今かかっている病気を教えてください。					
脳神経：	<input type="checkbox"/> 脳出血	<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> まひ	<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> パーキンソン病
呼吸器：	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 気管支喘息	<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性呼吸器疾患 (COPD)		
整形：	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 膝関節痛	<input type="checkbox"/> 股関節痛	<input type="checkbox"/> 肩痛	<input type="checkbox"/> くびの痛み <input type="checkbox"/> リウマチ
内分泌：	<input type="checkbox"/> 糖尿病				
循環器：	<input type="checkbox"/> 狭心症	<input type="checkbox"/> 心筋梗塞	<input type="checkbox"/> 弁膜症	<input type="checkbox"/> 不整脈	<input type="checkbox"/> 高血圧
その他：	()				
介護保険	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 支援 1	<input type="checkbox"/> 支援 2		
	<input type="checkbox"/> 要介護 1	<input type="checkbox"/> 要介護 2	<input type="checkbox"/> 要介護 3	<input type="checkbox"/> 要介護 4	<input type="checkbox"/> 要介護 5

摂食・嚥下外来受付票

□問診 1 (確認者: _____)

質問項目			
1. 肺炎と診断されたことはありますか。	<input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している	<input type="checkbox"/> 一度診断されたことがある	<input type="checkbox"/> 無い
2. 風邪以外で37度以上の熱が出ることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
3. 食べ物が飲み込みにくいと感じることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
4. 水やお茶を飲み込むときにむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
5. 食事にむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
6. 食事にむせることがありますかに対して「ある」「時々」と答えた方: むせやすい食べ物を教えてください。	()		
7. 風邪以外でのどがゴロゴロ(痰がからんだ感じ)することがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
8. 痰は自力で出せますか。	<input type="checkbox"/> 出せる	<input type="checkbox"/> 時々出せる	<input type="checkbox"/> 出せない
9. 口の中に食べ物が残ることがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
10. のどの奥に食べ物が残ると感じるがありますか	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
11. 食べ物や酸っぱい液(胃液)が胃からのどに戻ってくることがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
12. 食べるのが遅くなりましたか。	<input type="checkbox"/> 遅くなった	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
13. 食事をすると疲れてくるがありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
14. 夜間、咳で眠れなかったり、咳で目が覚めることはありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 無い
15. アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> 果物 ()	<input type="checkbox"/> 造影剤	<input type="checkbox"/> 薬剤 ()
	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 無い	
16. 入れ歯を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 総入れ歯	<input type="checkbox"/> 部分入れ歯	<input type="checkbox"/> 無い
17. その他にも飲み込みについて気になる症状があったら教えてください。	()		

摂食・嚥下外来受付票

□問診2（確認者： ）

質問項目			
呼吸の状態： 痰をくたでとる（吸引）、のどにチューブが入っている（気管切開）、酸素を使用している、この中に該当する項目がありますか。	<input type="checkbox"/> 吸引している	<input type="checkbox"/> 気管切開をしている	<input type="checkbox"/> 酸素使用している
	<input type="checkbox"/> 無い		
食事摂取状態： 食事はどのようにしていますか。口から食べていますか。くだから栄養剤をいれていますか。	<input type="checkbox"/> くちから食事を食べている。	<input type="checkbox"/> 自力で食べている	
		<input type="checkbox"/> 時間がかかるが自力で食べている	
	<input type="checkbox"/> くだから栄養剤を入れている。	<input type="checkbox"/> 一部介助で食べている。	
		<input type="checkbox"/> 全介助で食べている。	
食事の形態を教えてください：	<input type="checkbox"/> 鼻に栄養チューブが入っている。	<input type="checkbox"/> お腹に栄養チューブが入っている。	<input type="checkbox"/> 点滴をしている。
	主食（ ）		
	副食（ ）		
水分のとりみ：	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
排泄：おトイレはひとりでいけますか。	<input type="checkbox"/> ひとりで行ける。	<input type="checkbox"/> 一部介助が必要。	<input type="checkbox"/> 全介助。
移動：一人で歩けますか。	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける	<input type="checkbox"/> 杖・歩行器を使って歩ける	<input type="checkbox"/> 介助や付きそいがあれば歩ける。
	<input type="checkbox"/> 車椅子		
聴覚：補聴器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 使用しなくても聞こえる。	<input type="checkbox"/> 使用していないが、大きな声で話すと聞こえる。	<input type="checkbox"/> 使用している。
	<input type="checkbox"/> 聞こえない。		
視覚：めがねやコンタクトや使用していますか。	<input type="checkbox"/> めがねやコンタクトが無くても見える。	<input type="checkbox"/> めがねやコンタクトをしていれば見える。	<input type="checkbox"/> 見え方の障害がある。（半盲、失明）
	<input type="checkbox"/> 日常生活で介助が必要。		
話の理解度：お話は理解できますか。	<input type="checkbox"/> 理解できる	<input type="checkbox"/> だいたい理解できる	<input type="checkbox"/> 理解してもすぐ忘れる
	<input type="checkbox"/> 簡単なことのみ理解できる	<input type="checkbox"/> できない	
認知力	<input type="checkbox"/> 認知症と診断されている。	<input type="checkbox"/> 症状はあるが、日常生活はできる。	<input type="checkbox"/> 症状があり、日常生活に影響がある。
	<input type="checkbox"/> 問題ない。		

