

依頼先担当医: \_\_\_\_\_ 性別: M・F 年齢: 才

依頼者: 所属: 住所: 〒 tel: _____ fax: _____ メールアドレス: _____	依頼者職種:
--	--------

**1.全身状態**

原疾患: 脳性麻痺・知的障害・染色体異常( )・発達障害( ) 脳炎・重症脳症・筋ジストロフィー・その他( ) 意識レベル: 刺激しても覚醒しない・刺激すれば覚醒する・覚醒しているが清明でない・清明 肺炎の既往: 現在あり・既往あり(繰り返している・繰り返していない)・なし 気管切開: あり・なし 身長: _____ cm 体重: _____ kg 脱水・低栄養: 現在あり・既往あり・なし 感染症: C型肝炎・B型肝炎・MRSA・その他( )・なし アレルギー: 薬剤( )・食物( )・なし 服用薬剤:
---

**2.栄養摂取状況および症状**

栄養摂取方法: 経管・経管>経口・経管<経口・経口調整要・経口調整不要 *経管の場合: 経鼻・胃瘻・腸瘻・IVH・末梢点滴・その他( ) *経口の場合 主食 米飯・全粥・ゼリー粥・その他( ) 副食 普通・軟菜・すり潰し食(後期)・押しつぶし食(中期) ペースト食(初期)・流動食 液体 低濃度とろみつき・高濃度とろみつき(ゼリー) 症状: 飲み込めない・唾液でむせる・窒息があった・誤嚥があった・肺炎を繰り返す・痰が多い・ 食事に時間がかかる・摂取量が少ない・食事中にむせる・食事後にむせる・拒食傾向 あまり嚙まない・舌が出る・涎が多い・自食できない・その他( ) 食べ方の工夫: 行っていない・行っている *行っている場合具体的な方法:
---

**3.依頼内容**

依頼内容: 嚥下機能検査(内視鏡検査・嚥下造影検査)・摂食嚥下機能訓練 依頼目的: 上記症状の原因を知りたい・経管栄養から経口摂取に移行したい・ 適切な食形態を知りたい・適切な食介助を知りたい・必要な訓練を知りたい その他 摂食指導: 現在おこなっている・過去におこなっていた・おこなったことはない *おこなっている(または過去におこなっていた)場合訓練者と方法:  *おこなっていない場合頼める人がいるか:
---

**4. ADL**

食事: 全介助・部分介助・自立 移乗: 全介助・部分介助・自立 歩行: 全介助・部分介助・自立 座位保持: 全介助・部分介助・自立 粗大運動: 首すわり不可・首すわり可・座位・ずり這い・はいはい・つかまり立ち・独歩
自分の意図を周囲に伝え理解させることができるか: 1. ほとんどまたは全く伝えることができない 2. 具体的なこと(食事, 排泄など)なら伝えることができる 3. 通常は伝えられるが, 特に時間がかかったり, 困難であることがある 4. 特に問題はない
周囲の話したことや意図を理解することができるか: 1. ほとんどまたは全く理解できない 2. 時々理解できる, 単純で直接的な指示には従う 3. 通常は理解できるが, 時に理解できないことがある 4. 理解できる