

摂食・嚥下検査依頼状

氏名: _____ 性別: M・F 年齢: 才

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

1. 全身状態

原疾患:	脳血管障害(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)・神経筋疾患・呼吸器疾患・頭部外傷 口腔咽頭腫瘍・認知症・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		

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
		副食	刻み食・ごく刻み食・ミキサー(ペースト)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 のどに違和感がある・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(内視鏡検査を含む)・嚥下訓練		
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		
嚥下訓練:	現在行っていない・現在行っている		
	*行っている場合訓練者と方法:		
	*行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
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, 単純で直接的な支持には従う 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		

5. スクリーニングテスト

RSST:	回/秒 (30秒間にできる空嚥下の回数を数える)
改訂水飲みテスト:	点 (3mlの冷水を飲み込ませて評価)
食物テスト:	点 (茶さじ1杯のプリンを飲み込ませて評価)