

摂食・嚥下外来 申込み用 FAX 用紙

申込日：令和____年____月____日

わかる範囲でお答えください 該当項目にはチェック☑を入れてください

患者	ふりがな		性別
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	年齢 歳
	住所		
ご紹介元の施設名 又は事業所名		担当者・職種	
電話番号	TEL : () -	()	
FAX 番号	FAX : () -		
●既往歴・現病歴		【済生会御所病院受診の有無 : <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無】	
主な疾患など			
<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 口・のどなどの疾患 <input type="checkbox"/> 食道の疾患			
<input type="checkbox"/> 胃腸の疾患 <input type="checkbox"/> 呼吸の疾患 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧			
<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 薬のアレルギー			
●検査の実施理由 (複数選択可)			
<input type="checkbox"/> 飲み込みの機能評価 <input type="checkbox"/> 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 食事形態の検討 <input type="checkbox"/> 食事の姿勢の検討			
●現在のお食事や栄養の摂取方法 (複数選択可)			
<input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 【 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ムース状 <input type="checkbox"/> スープ状】			
<input type="checkbox"/> きざみ食			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
●お食事や飲み込みについて、気になること等がありましたらご記入ください。			

◇診察について

診察日時：木曜日 13:30 (要予約) 診察場所：耳鼻咽喉科外来

診察当日は、耳鼻咽喉科外来にて、下記を実施いたします。

- 問診、診察 嚥下内視鏡検査 摂食・嚥下指導

◇上記内容を確認し、予約日時が決定しましたら地域医療連携室より申し込みされた方へ折り返しご連絡いたします。

済生会御所病院 地域医療連携室行き

FAX : 0745-65-2380