

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:

- ほとんどまたは全く伝えることができない
- 具体的なこと(食事, 排泄など)なら伝えることができる
- 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
- 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:

- ほとんどまたは全く理解できない
- 時々理解できる, 単純で直接的な指示には従う
- 通常は理解できるが, 時に理解できないことがある
- 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)