

嚥下入院申込書

記入日: 年 月 日

ふりがな			生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 年 月 日 歳
患者氏名			性別	☐ 男 ☐ 女
住所				
電話番号				
主介護者名	緊急連絡先: 関係 ()			
かかりつけ医			医師	
主病名				
希望理由	☐ むせやすいなど誤嚥の確認 ☐ 食事形態のアップ ☐ 安全な食事摂取方法 その他()			
希望期間	月 日 曜日 ~ 月 日 曜日			
移動手段	☐ 介護タクシー ☐ 自家用車 ☐ タクシー ☐ その他() ☐ 介助 必要・不要			
医療行為	☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 点滴 ☐ 在宅酸素 ☐ 痰吸引 ☐ 経管栄養 (☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ IVH) ☐ 褥瘡処置 ☐ 麻薬管理 ☐ インスリン注射 ☐ その他 ()			
食事方法	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		嚥下障害 ☐ 有 ☐ 無	
食事種類	☐ 普通 ☐ 刻み ☐ 嚥下食 水分: ☐ 普通 ☐ とろみ			
排泄	☐ 自立 ☐ ポータブルトイレ ☐ おむつ ☐ 尿道カテーテル ☐ 人工肛門 ☐ その他 ()			
身体状況	☐ 寝たきり (褥瘡マット使用 ☐ 有 ☐ 無) ☐ 車いす乗車 ☐ 歩行 ☐ 移動・移乗時の介助 必要・不要			
認知症	☐ 有 ☐ 無 問題行動 ()			
感染症	☐ 無 ☐ 有 ()			
そのほか				
家族状況	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 同居家族あり () ☐ その他 ()			
要介護認定	☐ 未 ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5			
連絡先	事業所名: FAX:() - 担当者名: TEL:() -			

※かかりつけ医が他医療機関の場合は診療情報提供書を添付して下さい。

回答

受入れ日時 年 月 日 () 時着