

府中市摂食・嚥下機能支援シート【府中ごっくんパス】

令和 年 月 日

| | | | |
|--|-----------|---|------------|
| ふりがな 氏名 | 男・女 | 生年月日: 大正 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) |
| 住所 | 〒183- 府中市 | | |
| 要介護(要支援)状態区分 : 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) | | 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 有(級) <input type="checkbox"/> 無 | |

【依頼内容・目的】

| |
|--|
| |
|--|

【依頼する内容】

嚥下機能検査 嚥下訓練

【気になる症状】

気になる症状があれば✓してください(複数可)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> お茶や食事でむせる | <input type="checkbox"/> よく咳をする | <input type="checkbox"/> 薬が飲みにくい |
| <input type="checkbox"/> 声が変わった(ガラガラ声や鼻に抜ける声) | <input type="checkbox"/> 舌に白い苔のようなものがついている | <input type="checkbox"/> 唾液が口の中にたまる(ヨダレが垂れる) |
| <input type="checkbox"/> 体重が減った | <input type="checkbox"/> 飲み込むのに苦労する | <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返す |
| <input type="checkbox"/> 食べられないものが増えた | | |
| <input type="checkbox"/> 固いものが噛みにくくなった | | |

【全身状況】

| | | | |
|-------------------|---|--------------------------------|--|
| 病名、障害名 (発症年月日) | | | |
| 意識レベル | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 軽度問題 <input type="checkbox"/> 問題あり | | |
| 日常生活自立判定基準 | I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V | 寝たきり度: J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 | |
| 気管切開、痰、吸引 | 気管切開 (有・無) 痰 (有・無) 吸引 (有・無) | | |
| 肺炎の既往 | 現在あり・既往あり(年 月頃)・なし | | |
| | | | |

【栄養管理・食事の状況】

| | |
|---------|--|
| 身長・体重 | 身長 ()cm 体重()kg |
| 栄養手段・状況 | <input type="checkbox"/> 経口 (常食・粥・きざみ・ペースト・()) <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> その他 |
| 食べ方の工夫 | <input type="checkbox"/> 行っている() <input type="checkbox"/> 行っていない |

【服薬の状態】

| | |
|------------|--|
| 薬剤名 | |
| 投薬法(飲み方) | <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー埋め込み <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法) |
| 服薬時、気になること | |

コメント欄

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|------------|-------|
| 記入者名 | 職種() |
| 所属 | |
| 住所 | |
| 連絡先TEL () | |