

府中市摂食・嚥下機能支援シート【府中ごっくんパス】

平成 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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 固いものが噛みにくくなった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【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	()