

嚥下評価入院診療申込書兼問診票

【紹介先医療機関名】 申 込 日 年 月 日



磐城中央病院れんけい室
FAX:0246-88-6684

紹介元ID					
受診者氏名	フリガナ	性別		生年月日	
	様	男	女	西暦 / 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
現住所	〒 -			連絡先	自宅 - -
					携帯電話 - -
保険情報	保険者番号		※公費をお持ちの方はご記入ください		当てはまるものがあれば チェック
	記号・番号 (被保険者番号)		公費負担者 番号		☐ 生活保護 ☐ 被災者 ☐ 交通事故によるけが ☐ 仕事中のけが ☐ 通勤中のけが ☐ その他 ()
	取得年月日～ 有効期限		受給者番号		
	被保険者との 続柄		免除の有無		
	負担割合		貴院ID		
嚥下評価入院 問診					
嚥下評価入院を知った理由 ☐ 当院ホームページやチラシ ☐ 医療者からの紹介() ☐ その他()					
嚥下評価入院を希望する理由を教えてください					
普段の食事について教えてください					
食事	主食: ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 ☐ 粥ゼリー ☐ パン ☐ 麺				
	副食: ☐ 通常 ☐ 軟菜				
食事量	☐ 全量 ☐ ()割程度				
摂取方法	☐ 自己摂取 ☐ 見守り ☐ 介助				
食具	☐ 箸 ☐ スプーン、フォーク ☐ 自助具				
普段の様子について教えてください					
移乗動作	☐ 一人で歩く ☐ 杖・歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他()				
意思疎通	☐ 問題なし ☐ やや困難 ☐ 困難 ☐ その他()				
義歯使用	☐ なし ☐ あり(上・下・あるが未使用)				
連絡事項					