

摂食嚥下障害支援・連携情報提供書

数値等は、効果の評価・活動の検証等に重要ですので、可能な限りご記入ください

紹介事業所名			
住所	〒	電話番号	
記入年月日	年 月 日	記入者氏名	職種
ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日 年 月 日 歳
要介護認定	<input type="checkbox"/> 無	要支援	1 2 3 4 5
主傷病名			
内服内容	() 摂食嚥下機能に影響する内服薬： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（薬名： 【錐体外路症状・意識・意欲・筋力低下、咳・嚥下反射低下、口腔内乾燥、味覚障害等を来たす薬 (例：ベンゾジアゼピン系薬・制吐薬・抗コリン薬・スロイト薬・筋弛緩薬・抗がん剤・抗ヒスタミン薬・利尿薬・抗不整脈薬等)】		
禁忌・アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	主たる意思決定者	本人・本人以外(氏名 続柄)
身長	cm	体重	kg (年 月 日)
栄養	上腕周囲長	cm	下腿周囲長
		cm	最近6カ月の体重減少 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (- kg)
身体機能	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	筋力低下	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
認知機能等	認知症高齢者の日常生活自立度		正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	<input type="checkbox"/> HDS-R	点	<input type="checkbox"/> MMSE
	BPSD (行動・心理症状)		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	意思疎通	失語： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	構音障害： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			表現理解：
	障害高齢者の日常生活自立度		正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
移動	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移乗動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排尿	尿意： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> トイレ尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット (夜間のみは■)	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 バルーン留置： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (次回交換日)	
排便	便意： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット (夜間のみは■)	
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 下剤の使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他)	
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
評価指標	<input type="checkbox"/> FIM 点 (年 月 日)		<input type="checkbox"/> Barthel Index 点 (年 月 日)
現在のリハビリ内容・留意点等	PT OT ST ()		
嚥下機能	評価 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	評価日 (年 月 日)	評価法 ()
	嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	咀嚼障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	経管栄養 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 介助食器 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食形態	*日本摂食嚥下リハビリテーション学会嚥下調整食分類2013やその他嚥下調整食分類等を参照してください		
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ()	
	水分	<input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみ (薄め) <input type="checkbox"/> とろみ (濃いめ)	
	副食	<input type="checkbox"/> 加工なし <input type="checkbox"/> 粗刻み (1cm大) <input type="checkbox"/> 極刻み (5mm大) <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> その他 ()	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入れ歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
			口腔内衛生状態： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪
本人・家族の希望			
家族への指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 習熟度： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不安が残る (その他) (指導内容)		
その他備考欄			