

## 摂食嚥下機能相談・評価・支援申込受付シート

記入者

平成 年 月 日

申込者	氏名	対象者との関係	電話
対象者	フリガナ	生年月日	
	氏名 (男・女)	( 歳)	
	住所	市	電話
主介護者 (keyperson)	氏名	続柄	電話
主訴 ・ 希望			
食事の状況	経口・経口と経管・経管のみ 経管栄養の種類 (経鼻・胃ろう)		
保険種別	国保 社保 高齢 障害 介保 生保 その他	有効期間	~
要介護度	(要介護度なし・要支援・1・2・3・4・5)		
既往歴			
ケアマネ	介護事業所名	担当者名	電話
禁忌 アレルギー			
主治医	名称	電話 ( )	通院・往診
歯科 主治医	名称	電話 ( )	通院・往診
訪問看護 ステーション	名称	電話 ( )	
介護事業所	名称	電話 ( )	通院・往診
対応方針・結果等			
1.評価・支援開始 2.他の連携窓口・評価医紹介 3.歯科医療紹介 4.相談のみ 5.その他			