

西多摩三師会「食と栄養のバリアフリー」活動

FAX 送信用

事例調査研究登録票

登録期間：2015年11月1日～2016年11月1日

患者イニシャル 開示不可の場合：xx	(名)	(姓)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	市町村名	
生 年 月 日 又 は 年 齢	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日			生年月日が開示不可の場合のみ 開始時の年齢をご記入ください。 年齢 歳	
貴事業所における 患者識別番号						
摂食嚥下機能障害の 主因と考えられる 疾患名や状態像	不明					
登録記入日	20 年 月 日					

西多摩三師会「摂食嚥下機能障害評価・支援協力医療機関」番号	
調査担当者名（自筆） ご署名をお願いします	

以下をご確認のうえ、登録票に必要事項をご記入ください。
事例発生後できるだけ速やかに登録センターへFAX送信をお願いします。

登録時に以下を満たす患者を本調査の対象とします。
・摂食嚥下機能障害と診断された患者 ・本調査研究に関する説明を受け同意を得た患者

西多摩医師会館内
西多摩三師会「摂食嚥下機能と栄養の向上推進研究会」登録センター
症例登録専用 FAX 番号
0428-24-1615
番号をお間違えないように十分ご注意ください

登録センター記入欄

受付年月日		

登録センターにおける登録番号