

嚥下外来相談用紙

FAX : 0266-57-6329 (諏訪赤十字病院医療連携課)

宛先	諏訪赤十字病院 嚥下外来相談窓口 摂食嚥下障害看護認定看護師 古清水元子 宛
※送信者の方	【施設名】 【送信者氏名】 【送信者の連絡の取れる連絡先】
※相談内容	
患者情報	<p>【患者氏名】() 様 年齢 () 歳 性別 (男・女)</p> <p>①既往歴</p> <p>②内服</p> <p>③食事の種類 (嚥下ピラミッドを使用している場合 当てはまる所に○をしてください)</p> <p>主食： 副食：</p> <p>④トロミについて (当てはまる所に○をしてください) トロミ {あり/なし} 学会分類 {濃いトロミ・中間トロミ・薄いトロミ} を使用している。 その他：() 状のトロミを使用している。</p> <p>⑤その他</p>

