



# ツール③ 摂食嚥下評価報告書

Ver.1

年 月 日

病院・診療所

科 医師名

名前		I D	
生年月日	年 月 日	歳	性別 男・女
既往 脳血管疾患 ・ 神経難病 ・ 頸椎疾患 ・ 誤嚥性肺炎 ・ うつ病 その他 ( )			
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 長谷川式認知症スケール / 30	身長	cm 体重 Kg
介護保険 (介護度)			
<input type="checkbox"/> 要支援 1・2		<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5	
<input type="checkbox"/> 未申請		<input type="checkbox"/> 申請中	
障害高齢者の日常生活自立度			
<input type="checkbox"/> J (生活自立)		<input type="checkbox"/> A (準寝たきり)	
<input type="checkbox"/> B (寝たきり)		<input type="checkbox"/> C (寝たきり)	
血液検査			
白血球		赤血球	
ヘモグロビン		アルブミン	
総コレステロール			
歯科			
歯科治療 <input type="checkbox"/> 要		<input type="checkbox"/> 不要	
<input type="checkbox"/> 入れ歯不適合・欠損		<input type="checkbox"/> う歯	<input type="checkbox"/> 歯肉炎
口腔ケア指導・専門的口腔ケア		<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
栄養投与方法 ( <input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 現在 )			
<input type="checkbox"/> 経口			
<input type="checkbox"/> 経腸 ( 胃ろう ・ 腸ろう ・ 経鼻 )			
<input type="checkbox"/> 経静脈 ( 中心静脈カテーテル )			
投与内容		Kcal	
アドバイス			

