

## 摂食嚥下連絡票

記入日： 年 月 日  
 記入者

本連絡票は、当院を退院する患者様の食事について、入院中に実施した摂食嚥下に関する配慮に関する情報を提供するものです。受け取った施設等では、状況に応じて医師、歯科医師に相談のうえ適宜、変更、調整をお願いします。

氏名 \_\_\_\_\_ 様 男・女 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 歳)

摂食嚥下に影響のある病名・既往

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

必要エネルギー量 \_\_\_\_\_ kcal/日 摂取エネルギー量 \_\_\_\_\_ kcal/日

必要水分量 \_\_\_\_\_ ml/日 摂取水分量 \_\_\_\_\_ ml/日

**食事内容** 当施設の名称 \_\_\_\_\_

主食 ( \_\_\_\_\_ ) 学会分類 2013 コード 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4  
 とろみ剤 無 有 ( 商品名 \_\_\_\_\_ )

副食 ( \_\_\_\_\_ ) 学会分類 2013 コード 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4

特記事項 \_\_\_\_\_

**水分摂取**

とろみ剤 不要・要 (商品名 \_\_\_\_\_ ) を使用し、100ml に ( \_\_\_\_\_ g) 混入

学会のとろみ分類 薄いとろみ ・ 中間のとろみ ・ 濃いとろみ

特記事項 \_\_\_\_\_

**食事状況** 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 食事に要する時間 ( \_\_\_\_\_ ) 分

**食事環境**  ベッド  リクライニング  車いす  いす

**姿勢**  フリー  座位  リクライニング ( \_\_\_\_\_ ) 度

**顔の向き**  指定なし  右向き  左向き  正面

**食器具**  箸  小スプーン  自助具 ( \_\_\_\_\_ )

特記事項 \_\_\_\_\_

**口腔状況と口腔ケア**

口腔乾燥 無 ・ 有

歯の状況  自分の歯  総義歯 (上・下)  部分義歯 (上・下)  欠損歯あり (義歯なし)

口腔ケア  自立  一部介助  全介助

歯科の介入  有  無 →  要  不要

摂食嚥下課題  先行期  準備期  口腔期  咽頭期

実施検査  RSST  改定水飲みテスト  フードテスト  VE  VF  その他 ( \_\_\_\_\_ )

備考 \_\_\_\_\_