

青葉さわい病院 外来嚥下造影(VF)検査 申込用FAX用紙

申込日：令和____年____月____日

わかる範囲でお答えください

該当項目にはチェック を入れてください

| | | | |
|---|---|------|---|
| 検査を受ける方の 氏名(カタカナで) | 様 | 年齢 | 才 |
| 検査を受ける方の 電話番号 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| ご紹介元の施設名 | | 電話番号 | |
| ●既往歴・現病歴(大きな病気を起こしたことはありますか、又は現在病気にかかっていますか) | | | |
| | | | |
| ●検査の実施理由(複数選択可) | | | |
| <input type="checkbox"/> 飲み込みの機能評価 <input type="checkbox"/> 誤嚥の有無 <input type="checkbox"/> 食事形態の検討 <input type="checkbox"/> 食事の姿勢の検討 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| ●現在のお食事や栄養の摂取方法(複数選択可) | | | |
| <input type="checkbox"/> 口から <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう等) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 「口から」とお答えになった方へ 食事内容を以下から選択してください(複数選択可) | | | |
| <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 軟らかおかず <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> 流動食 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| 水分にとろみを使っている方は、どの程度の強さでつけていますか | | | |
| <input type="checkbox"/> ポタージュ状(薄め) <input type="checkbox"/> はちみつ状(中間) <input type="checkbox"/> ジャム状(濃いめ) | | | |
| ●お食事や飲み込みについて、気になっていること等ありましたらご記入ください | | | |
| | | | |
| 検査の希望日時 ※検査日は平日で いずれも受診は11時45分頃、土曜は12時45分頃です | | | |
| 第1希望 | | | |
| 令和____年____月____日 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 | | | |
| 第2希望 | | | |
| 令和____年____月____日 <input type="checkbox"/> 月曜 <input type="checkbox"/> 火曜 <input type="checkbox"/> 水曜 <input type="checkbox"/> 木曜 <input type="checkbox"/> 金曜 <input type="checkbox"/> 土曜 | | | |
| 検査動画は後日CD-Rに落とすことが可能ですので、当日までにご検討ください(有料550円) | | | |

上記内容を確認し、検査日時が決定しましたら言語聴覚士より検査を受ける方へ折り返しご連絡いたします。

TEL:045-901-0025(代表)

FAX:045-901-0023

青葉さわい病院