

取扱注意

摂食機能情報シート

記入年月日 : _____

一般情報

記入者名 : _____

氏名 (ふりがな)	(_____)	生年月日	_____	年齢	_____
疾患名	_____				
てんかん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	頻度	_____	
既往歴	_____				
VF実施	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	実施日	_____	
目的 検討したい内容	<input type="checkbox"/> 現状評価		<input type="checkbox"/> 誤嚥の有無		_____
	<input type="checkbox"/> 食事形態		<input type="checkbox"/> 介助方法		
	<input type="checkbox"/> 食事姿勢		<input type="checkbox"/> その他		
現在の状況 困っている点	_____				
本人・家族 の希望	_____				
歯	<input type="checkbox"/> 歯の欠損	_____	<input type="checkbox"/> 入れ歯	_____	
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 食前	<input type="checkbox"/> 食後	方法	_____	

身体状況

機能レベル	<input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 座位可能	<input type="checkbox"/> 車椅子座位	<input type="checkbox"/> 立位可能	<input type="checkbox"/> 介助歩行	<input type="checkbox"/> 独歩
日常多い姿勢	_____					
日中の過ごし方	_____					

栄養状況

身長	_____ cm		体重	_____ kg		
1日摂取カロリー	_____ kcal					
主食	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ムース	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> パン	<input type="checkbox"/> パン粥	<input type="checkbox"/> 麺類	_____		
副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ムース	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> その他	
汁物	_____					
おやつ	_____					
水分	_____					
とろみ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	とろみ剤	_____		
栄養補助食品	_____					
好きな食物・嗜好	_____					

食事状況

食事時間	分						
自立度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 全介助			
経口摂取	<input type="checkbox"/> 全量	<input type="checkbox"/> 一部経管	<input type="checkbox"/> 経管主体				
経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	<input type="checkbox"/> 静脈栄養	<input type="checkbox"/> その他	
むせ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 頻度	<input type="checkbox"/> 食事中	<input type="checkbox"/> 食事後	回	
	咽せ易い食物						
食事姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子座位	座面の高さ			cm	<input type="checkbox"/> 背もたれ	<input type="checkbox"/> 肘置き
	<input type="checkbox"/> 床座位	<input type="checkbox"/> 正座	<input type="checkbox"/> あぐら座位	<input type="checkbox"/> その他			
	<input type="checkbox"/> 車椅子	リクライニング角度		度	ティルト角度		度
	<input type="checkbox"/> 座位保持装置	リクライニング角度		度	ティルト角度		度
	<input type="checkbox"/> 臥位	ギャッジアップ角度		度			
	<input type="checkbox"/> テーブル	高さ		cm			
	<input type="checkbox"/> 姿勢補助具・クッション等						
食具	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 大スプーン	<input type="checkbox"/> 中スプーン	<input type="checkbox"/> 小スプーン	<input type="checkbox"/> 本人用スプーン <input type="checkbox"/> 箸		
	<input type="checkbox"/> 皿						
	<input type="checkbox"/> コップ	<input type="checkbox"/> ストロー	<input type="checkbox"/> 横のみ				
	<input type="checkbox"/> その他	:					

※食事姿勢・食事の内容の写真(普段どのような姿勢・形態のものを摂取しているか見せていただく為)

※可能であれば、食事を摂取している際の動画をお願い致します。

施設名:

担当者:

連絡先

住所:

☎:

☒: