

NST・嚥下連絡票（神奈川Ver.2.1）

平成 年 月 日

主治医・担当者御机下：下記患者様の栄養管理、摂食嚥下機能など、現状をご報告させていただきます。 2014042

患者氏名	(ID: 様)	性別	M・F	年齢	歳	認知症	有・疑い・無
診断名	(西暦 年 月 日発症)						
既往歴	摂食・嚥下関連のみ：脳血管疾患・神経筋疾患・誤嚥性肺炎・COPD・頭頸部術後・()						
嚥下機能評価経過等	嚥下障害Gr. 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 (/) 別紙記載(有・無)・画像(有・無)						
	MWST 点/5点(実施日 /)・FT 点/5点(実施日 /)						
	RSST 回/30秒(実施日 /)・VF(実施日 /)・VE(実施日 /)						
栄養管理	身長	cm	体重	kg	(/ 測定・自称・推定)		
	摂取	kcal	(目標 kcal)	水分	mℓ	(目標 mℓ)	
	Alb値	g/dℓ	(/)	摂取経路	経口・経鼻胃管(Fr)・胃ろう・その他()		
食物形態	学会分類2013：・コード0(j・t)・コード1・コード2-1・コード2-2・コード3・コード4						
	主食(米飯・全粥・ミキサー・) 副食(ゼリー・ミキサー・形・) 嗜好・禁止食品等						
水分増粘剤	不要・必要：()を使用し、100mℓに(0.5・1・)g 使用していました。 学会のとりみ分類：段階1 段階2 段階3						
内服薬投与	水・トロミ・ゼリー埋込・食べ物に混ぜる・簡易懸濁法・経管投与						
摂取方法・注意事項	全介助()・一部介助・見守り・自立 食事環境の整備(有・無) 複数回嚥下・交互嚥下・()						
食事環境	場所：いす・車いす・リクライニング・ベッド上 食器台：机・オーバーテーブル・カットアウトテーブル・() 姿勢：フリー・端坐位・() () 用具：普通・小スプーン・中スプーン・ストロー・ばね付き箸・()						
リハビリなど	嚥下体操・食後1~2時間坐位(褥瘡に注意)・()						
口腔ケア等	口腔内環境(良好・要注意・不良) 口腔乾燥(有{ }・無) 義歯 無・有(使用・未使用) うがい(可・不可) ケア用品(歯ブラシ・スポンジブラシ・)						
本人・家族の希望など 他							

状態は変化する可能性があります。何かご不明な点は下記連絡先までお問い合わせください。よろしくお願い申し上げます。

【病院・施設名，氏名，連絡先等記入欄】

記入担当者名（職種）： ()

