|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 相談受付日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 相談者のお名前 |  | お年 | 患者さんとの関係 |  |
| ご住所 |  | お電話携　帯 |  |
| 患者さんのお名前 |  | 年齢 | 性別 |
| 現在入院中の病院 |  | 住所 |
| 入院時の診断名 |  | 主治医のご専門 |
| 発病に至る経過 | 入院前の状態、入院に至る経緯など詳しくお教えください。 |
| 現在の状態 | いつ、どのような状況で入院に至ったのか。入院後の検査はどのような内容であったのか。嚥下の検査は誰がどのような検査をしたのか。検査内容の説明はあったのか。検査結果を文書で示されたか？検査担当者の職種は。 |
| 現在のお食事の内容 | 入院後のお食事のこと。（例：ゼリーを1日に数回程度） |
| ご希望 | セカンドオピニオン　　往診　　　指導 |
| 情報提供書 | 現在入院中の病院からの情報提供書を依頼することは可能か。 |
| その他のご希望 |  |

嚥下相談　依頼書