

## NST 外来コンサルティング用紙（診療情報提供書）

患者様氏名			生年月日	年 月 日 男・女	
基礎疾患と現病歴					
感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） <input type="checkbox"/> 不明					
受診希望時期	月 日頃 ・ なるべく早く				
受診目的	<input type="checkbox"/> 嚥下機能評価 <input type="checkbox"/> 栄養評価 <input type="checkbox"/> PEG 造設 <input type="checkbox"/> PEG 交換(交換のみの場合は以下の記入不要)				
栄養 評価	身長・体重	身長	cm	体重	kg
	参考値	TP	g/dl	Alb	g/dl
	体重減少	なし・あり（ ）ヶ月で約 kg)			
	栄養経路	経口摂食（食事形態： ）・経管栄養（ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう）・点滴			
	摂取量				
	食事量の変化	なし ・ 増加 ・ 減少			
	活動度	寝たきり・ベッドギャッジアップ・車いす・いす・歩行器・自立			
嚥 下 機 能 評 価	目的	摂食の可/不可の判断 ・ 食事形態の検討			
	発声・発語	可（ 明瞭 ・ 不明瞭 ） ・ 不可			
	むせ	なし・あり（水分・食物・唾液・その他： ）			
	痰	なし・あり（ ）			
	熱発	なし・あり（ ）			
	口腔内のよごれ	なし・あり			
	義歯	なし・あり（ 適合 ・ 不適合 ）			
胃 ろ う 造 設	肺炎の既往	なし・あり			
	問題行動	不穏 認知症 その他（ ）			
	腹部手術歴	なし・あり（ ）			
	呼吸器合併症	なし・あり（ ）			
	抗凝固剤投与	なし・あり（ ）			
	内視鏡のリスク	なし・あり（ ）			
PEG 家族の承諾	可 ・ 不可 ・ 未確認				

記載はわかる範囲で結構です

お申し込み施設			
ご担当医師(者)名			
ご連絡先	TEL	FAX	E-mail

担当より折り返しご連絡させていただきます。電話・メールでのお申し込みでも承ります。

当用紙は来院の際の診療情報書としてそのままご利用ください。

木村病院栄養サポート外来（外科）前原正典 藤島由佳

TEL : 0776-73-3323 E-mail : nst@kimura-hp.com