

## 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(□経鼻 □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)	
肺炎の既往			
胃 ろ う 造 設	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