

相談 FAX シート(06-6791-7787)

食事でお困りの方の食事状況を把握できる範囲でご記入ください。

☆お困りごと(複数回答可:あてはまるものに☑)

- 食事の量が少ない (1食の食べる量:)
- 食事に時間がかかる(何分くらい:)
- 硬い物が食べにくい(どんな物が?)
- うまく飲み込めない(どんな物が?)
- よくむせる (どんな物で? 固形物 汁物 お茶などの水分)
- (どの程度? 時々 しばしば 常に)
- その他()

☆普段はどんな物を召し上がっておられますか?

- 【主食】 米飯 軟飯 お粥 パン その他()
- 【おかず】 (例: 鰯缶)

☆ごはんの用意は誰がしていますか?

- (本人 家族 ヘルパー その他()

☆トロミ剤は使っていますか?

- いいえ はい(水分 汁物 お粥 おかず その他()

☆栄養補助食品を使用していますか?

- いいえ はい(商品名:)

☆薬は飲めますか?

- 普通に飲める 服薬ゼリーを使う 食事に混ぜる 飲めない

☆義歯は使っていますか?

- いいえ
- はい → 合っている 合っていない
- 食事で使っている 食事で使っていない

☆かかりつけ医または訪問診療は受けていますか?

- 医療機関名()

この記入シートを記入して頂いている方について(必須項目)

- ・お名前()
- ・連絡先(電話番号:) 連絡が取れる時間帯:)
- ・本人との関係
- 本人 家族 ケアマネージャー 看護師 ヘルパー その他()

ご記入いただきありがとうございます。後日、担当の者から連絡させていただきます。