

FAX：0983-42-5530

地方独立行政法人 西都児湯医療センター 看護部
摂食嚥下障害看護認定看護師 コンサルテーション 依頼書

今日の日付 年 月 日

依頼者名 様

所属機関名

所属部署

TEL

FAX

E-mail

1. コンサルテーション（相談）対応して欲しい内容の口に、レ（チェック）を入れて下さい。

- | | | | |
|-------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| ・ 摂食嚥下機能評価 | <input type="checkbox"/> | ・ 食事介助方法 | <input type="checkbox"/> |
| ・ 嚥下訓練 | <input type="checkbox"/> | ・ 安全な食事形態の選定、トロミ調整 | <input type="checkbox"/> |
| ・ 食事ポジショニング | <input type="checkbox"/> | ・ 誤嚥性肺炎に対するリスク管理 | <input type="checkbox"/> |
| ・ 口腔ケア | <input type="checkbox"/> | ・ その他 | <input type="checkbox"/> |

2. 具体的な相談内容を下の空欄に記入して下さい。

担当の認定看護師より、送信された FAX 番号に送信いたします。

担当者の勤務状況により、多少遅れる場合もございます。ご理解のほど、お願い申し上げます。