**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**

**摂食嚥下障害看護特定認定看護師　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**

**摂食嚥下障害看護認定看護師が、コンサルテーション（相談）対応できる内容**

**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。**

**相談したい内容（相談に至った経過・現在の状況、ケア内容など）**

**摂食嚥下障害看護全般**

**・嚥下機能の評価　・安全な食事介助方法　・経管栄養について（チューブ、胃ろう管理）**

**・摂食嚥下訓練　　・食事形態、トロミ調整　・気管切開患者の嚥下評価、訓練**

**・食事ポジショニング調整法　・リスク管理（水分出納、栄養管理、呼吸管理、誤嚥性肺炎予防）**

**・口腔ケア関連　・嚥下に関わる脳神経フィジカルアセスメント評価方法　など**