

# ご相談内容記入用紙

登録医の先生方から地域医療支援室にご相談

言語聴覚士・管理栄養士  
ペガサス摂食嚥下認定士が評価

嚥下造影・嚥下内視鏡検査が適応の方は、  
リハビリテーション専門医が評価

登録医の先生にご報告

依頼日 年 月 日

依頼主(事業所)

担当者

担当者TEL

主治医

TEL

利用者氏名

生年月日

相談内容

現在の食事内容

常食

軟菜食

キザミ食

経口摂取が可能か評価してほしい

ミキサー食

経管栄養

食事形態を変更したい

食事のトロミ

トロミあり

トロミなし

食事でムセるようになった

病歴

食事に時間がかかるようになった

食事摂取量が少なくなった

その他

馬場記念病院

E-mail:pegasus-shien@sirius.ocn.ne.jp

地域医療支援室

FAX 072-265-9134 TEL:072-265-9083