

# 嚥下受診の方用問診票

(ふりがな)

記入日：令和 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

※日中連絡のつく連絡先をお願いいたします 携帯 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますか？ 同意します ・ 同意しません

## ① お体についてお聞かせください

- ・今までに以下のご病気をなさったことがありますか？ ( いいえ / はい )
  - 心不全 ( 狭心症 / 心筋梗塞 )      脳卒中 ( 脳梗塞 / 脳出血 )      肝疾患
  - COPD、肺炎 ( 誤嚥性 / 細菌性 / 逆流性 )      パーキンソン病      腎不全
  - 血液疾患      糖尿病      骨粗鬆症      がん      認知症 ( アルツハイマー / レビー )
  - 高血圧      その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ・全身麻酔の経験はありますか？ いいえ      はい
- ・現在ほかの病院、歯科医院に通院なさっていますか？ ( 紹介状をお持ちでしたらお渡してください )
  - いいえ      はい ( 病院・歯科医院名： \_\_\_\_\_ )
- ・現在、飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください
  - いいえ      はい ( \_\_\_\_\_ )
- ・お薬を飲んで副作用が起こったことはありますか？
  - いいえ      はい ( 薬品名： \_\_\_\_\_ )
- ・特異体質やアレルギーはありますか？ いいえ      はい ( \_\_\_\_\_ )
- ・普段の血圧はどのくらいですか？ 分かれば記入してください ( \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ )
- ・この1年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか？ いいえ      はい ( \_\_\_\_\_ 月頃)
- ・タバコを吸いますか？ いいえ      はい → ( \_\_\_\_\_ ) 本位      過去に吸っていた

## ② 嚥下治療についてお聞かせください

- ・今回は？ 今の飲み込みの状態を確認したい      安全に飲食する方法を知りたい  
リハビリをしたい
- ・治療は？ 全て保険の範囲で      相談してから決めたい  
なるべく保険で、保険の利かないものは自費で ( リハビリ指導、栄養指導など )
- ・当院を選ばれた理由は何ですか？
  - 自宅、勤務先に近い      新聞、電話帳、インターネットなどを見て
  - 以前から通院している      お知り合いの紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)
- ・介護認定を受けられていますか？ ( はい / いいえ ) ケアマネジャー名 \_\_\_\_\_
- ・治療に関してご希望がございましたらお聞かせください

当院は診療情報を所得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を所得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

- 医療情報取得加算 ( 初診時 ) 加算 1 3点      加算 2 1点      ( 再診時 ) 加算 3 2点      加算 4 1点  
※加算 1、3 はマイナ保険証を利用しない場合、加算 2、4 はマイナ保険証を利用する場合