

記入日 令和 年 月 日

トロロこどもクリニック

問診票（摂食嚥下外来用）

ふりがな お名前	性別	生年月日 S・H・R 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)
	男 ・ 女	
※子供さんの場合お名前をお呼びする際、“くん”・“ちゃん”でお呼びしてよろしいですか？ はい ・ いいえ		
ご住所 〒 -	電話番号 (- -)	携帯番号 (- -) 父・母・その他()

相談内容を教えてください。

()

現在の食事内容と状態を教えてください。

食事	<input type="checkbox"/> 3食家で食べている <input type="checkbox"/> 学校や施設でも食べている (学校・施設名:)
食形態	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサーにかけたお粥 <input type="checkbox"/> その他 ()
	副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> ムース食・ゼリー食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食・ペースト食 <input type="checkbox"/> その他【学校や施設での食形態名が分かる方もここにご記入ください】 ()
食事介助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)
症状 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 食べるのに時間がかかる <input type="checkbox"/> 食べている最中にムせる <input type="checkbox"/> 食後ゼロゼロしている <input type="checkbox"/> その他 ()

いままでに下記の検査を受けたことがありますか？

唾液のみテスト	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 結果:)
水飲みテスト	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 結果:)
嚥下造影検査	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 結果:)
嚥下内視鏡検査	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月頃 結果:)

☆ 成人の方は、診療情報提供書もあわせてお出しください。

☆ 造影剤にアレルギーがある方はお申し出ください。