口腔リハビリテーション科（摂食嚥下機能回復部）患者実習　サマリ

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号 | 氏名 |

嚥下ID　　　　　　 患者イニシャル　　　　　　　年齢 　性別　M・F

紹介元 担当ライター

原疾患

現病歴（現在服用中薬剤など含む）

既往歴

摂食機能評価

|  |  |
| --- | --- |
| 月／日（曜日） | 上段に概要，下段に問題点・診断（疑いを含む）・方針を簡潔に記載 |
|  ／　（　）　 |  |
|  |
|  ／　（　）　 |  |
|  |

嚥下造影検査（VF）

|  |  |
| --- | --- |
| 月／日（曜日） | 上段に概要，下段に検査結果を受けての診断,適応訓練及び指導内容を記載． |
|  ／　（　） |  |
|  |
|  ／　（　） |  |
|  |
| ／　（　） |  |
|  |

嚥下内視鏡検査（VE）

|  |  |
| --- | --- |
| 月／日（曜日） | 上段に概要，下段に検査結果を受けての診断,適応訓練及び指導内容を記載． |
|  ／　（　） |  |
|  |
|  ／　（　） |  |
|  |

経過記録

|  |  |
| --- | --- |
| 月／日（曜日） | 概要 |
|  ／　（　） |  |
|  ／　（　） |  |
| ／　（　） |  |
|  ／　（　） |  |
| ／　（　） |  |
|  ／　（　） |  |
|  ／　（　） |  |
|  経過サマリ |  |

感想