

## 嚙下相談 依頼書

No	相談受付日	年	月	日	
相談者のお名前		お年	患者さんとの関係		
ご住所			お電話	携 帯	
患者さんのお名前			年齢		性別
現在入院中の病院			住所		
入院時の診断名			主治医のご専門		
発病に至る経過	入院前の状態、入院に至る経緯など詳しくお教えてください。				
現在の状態	いつ、どのような状況で入院に至ったのか。入院後の検査はどのような内容であったのか。嚙下の検査は誰がどのような検査をしたのか。 検査内容の説明はあったのか。検査結果を文書で示されたか？検査担当者の職種は。				
現在のお食事の内容	入院後のお食事のこと。(例:ゼリーを1日に数回程度)				
ご希望	セカンドオピニオン 往診 指導				
情報提供書	現在入院中の病院からの情報提供書を依頼することは可能か。				
その他のご希望					