

摂食嚥下機能回復体制加算 5分フロー記録シート

基本情報			
患者ID	評価日	病棟/場所	評価者
診療科	現在の栄養経路	ST担当	カンファ予定/実施日

対象・前提確認（該当するものにチェック）		
栄養経路・変化点 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> むせ増加 <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 食形態変更 <input type="checkbox"/> 退院調整	赤旗・中止目安 <input type="checkbox"/> 発熱・肺炎疑い <input type="checkbox"/> SpO2低下 <input type="checkbox"/> 覚醒低下 <input type="checkbox"/> 咳嗽弱い	次の対応 <input type="checkbox"/> 医師・ST共有 <input type="checkbox"/> 食事・訓練を一時調整 メモ：

5分フロー（評価起動から経口化判定まで）			
順番	確認すること	担当の目安	記録・所見
1 対象確認	栄養経路/変化点/優先度	医師・看護・ST・栄養	対象理由： _____
2 評価起動	ST依頼理由/VF・VE 要否	ST・医師・看護	評価根拠： _____
3 方針共有	カンファ/食形態/口腔/姿勢	多職種	方針・共有先： _____
4 介入・中止再開	姿勢/一口量/ペース/疲労/むせ	ST・PT・OT・看護	中止理由・再開条件： _____
5 経口化判定	経口のみ可否/摂取量/FIM/FOIS	医師・ST・看護・栄養	最終栄養方法： _____

必ず残す 4 項目（実績確認と再評価のため）	
評価根拠	_____
カンファ日・共有先	_____
FIM / FOIS	_____
最終栄養方法	_____

自由記載：中止理由・再開条件・次回確認
例：むせ増加のため昼食は一時中止。覚醒良好な午前に ST 再評価後、少量から再開。 _____ _____ _____