

摂食・嚥下障害の質問紙

記入日 年 月 日

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

● 主な疾患名に分かる範囲で○をご記入下さい

脳血管障害 ・ 認知症 ・ パーキンソン病 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他 ()

● 検査目的・確認項目について、当てはまるものに印を付けて下さい。

食事形態 ・ 姿勢 ・ 介助方法 ・ 食事の可否
その他 ()

● 現在の食事の形態についてお答えください。

食物形態	主食	御飯・軟飯・粥 (分) ・パン・麺・ソフト食		
	副食	常食・一口大・軟菜・キザミ・キザミとろみ・ペースト・その他 ()		
	水分	とろみなし・とろみあり (性状/粘度:)		
	薬	錠剤・粉薬 (飲み方)		
摂取方法	自立・監視・一部介助・全介助 (介助内容)			
姿勢	座位・ベット上 (角度 度)			
摂取量	全量・1/2量・その他 ()	摂取時間	分	
代替栄養	胃ろう・経鼻経管栄養・その他 ()			

● 嚥下 (飲み込み) 状態について、いくつかの質問をします。いずれも大切な症状です。よく読んで A. B. C. のいずれかに○をつけてください。ご本人様、または日頃食事介助をしている方がご記入下さい。

- 肺炎と診断されたことがありますか？
A. 繰り返す B. 一度だけ C. なし (いつ頃?)
- やせてきましたか？ A. 明らかに B. わずかに C. なし
- 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- 食事にむせることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- お茶や水を飲むときにむせることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ (痰がからんだ感じが) することがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- 食べるのが遅くなりましたか？ A. たいへん B. わずかに C. なし
- 硬いものが食べにくくなりましたか？ A. たいへん B. わずかに C. なし
- 口から食べ物がこぼれることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- 口の中に食べ物が残ることがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし

● その他、検査で調べたい所・気になる場所等があれば、出来るだけ詳しくお書きください。