

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。

1. 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?)
2. やせてきましたか? A. 明らかに B. わずかに C. なし
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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
11. 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・気になるところ等があれば、出来るだけ詳しくお書きください。