摂食・嚥下機能検査をうけられる方へ（ 問 診 票 ）

検査に役立たせて頂きますので、次の内容についてお答えください。

記入日：　　年　　月　　日

基本情報	氏　名	男・女	生年月日	年　　月　　日（　　歳）
	施設名			
	連絡先①	TEL		
	連絡先②	TEL		
	身長　　cm	体重　　kg		

あなた（又は対象となる方）の嚥下（飲み込み）の状態についていくつか質問を致します。

よく読んで当てはまる項目に〇印又は記入してください。

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	以下は介護者の方がお答えください	
2	やせてきましたか？ A：明らかに　B：わずかに　C：なし	1	要介護者の日常生活自立度 自立　座位保持可　寝たきり
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	2	コミュニケーション とれる　不十分　とれない
4	食事中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	3	認知症 ある　少し　ない
5	お茶をの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	4	下記の病気にかかったことがありますか？ 誤嚥性肺炎　脱水症　脳血管障害 ﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病　不明　なし
6	食事中や食後その他にも、のどがゴロゴロ（痰がからんだ感じ）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しますか？ A：よくある　B：ときどき　C：なし	5	気管切開の有無 ある　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	6	入れ歯 ある　なし
9	硬い物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	7	現在服用中の薬 ある　なし ある場合は下記に薬の名前を記入して下さい （　　）
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		
12	食べ物や酸っぱい液がのどに戻ってくることがありますか？ A：よくある　B：ときどき　C：なし	8	現在の食形態をお書きください 普通食　軟飯　きざみ食 ペースト状　ゼリー状 その他：
13	胸に食べ物が残ったり、つまった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		
14	夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？ A：よくある　B：ときどき　C：なし	9	摂食時の姿勢 椅子　車椅子　端座位　ﾍﾞｯﾄﾞｱｯﾌﾟ　度 寝たまま　その他：
15	声がかすれてきましたか（ガラガラ声、かすれ声など）？ A：よくある　B：ときどき　C：なし	10	介護状況 自立　全介助 一部介助（内容：　　）

医療法人 IHI 播磨病院