

摂食・嚥下機能検査を受けられる方へ(問診票)

次の内容についてお答え下さい。検査の診断・評価に役立たせていただきます。

記入日 平 年 月 日
氏名 性別 男・女 施設名
生年月日 明・大・昭 年 月 日 年齢 歳
連絡先① Tel
② Tel
身長 cm 体重 kg (kg) 増えた・やせた

次の項目について当てはまる内容に○印・または必要内容について記入してください。

- ・日常生活自立度はどの程度ですか？（自立・坐位保持可・寝たきり）
- ・コミュニケーションはとれますか？（とれる・不十分・とれない）
- ・認知症はありますか？（はい・少し・ない）
- ・次の病気にかかったことはありますか？
（誤嚥性肺炎・脱水症・脳血管障害・パーキンソン病・わからない・ない）
- ・気管切開の有無（有・無）・入れ歯の使用（有・無）・薬剤アレルギーの有無（有・無）
- ・服薬中の薬はありますか？（ ）

・摂食時の状況について

1. 物が飲み込みにくいと感ずることがある
2. 食事にむせることがある
3. お茶を飲むときにむせることがある
4. 痰の量が増えた
5. 口の中に食べ物が残ることがある
6. 食べるのが遅くなった 一食摂食の時間 () 分
7. 口から食べ物がこぼれることがある
8. 食事中・食後に声が変わることがある
9. 咳がよくでる
10. 食欲がなくなった
11. 食事をすると疲れる
12. 一回に摂食される量（口に運ばれる量）はどれぐらいですか？
（スプーン1杯・スプーン半分・その他)
13. 一日にどれぐらいの量の食事を食べられますか？
（十分摂取できている・普通・不十分である）
14. 現在食事の形態はどんなものですか？
（普通食・軟飯・きざみ食・ペースト状・ゼリー状・その他)
（開始食・嚥下食Ⅰ・嚥下食Ⅱ・嚥下食Ⅲ・移行食・その他)
15. 摂食姿勢はどんな体位ですか？
（端座位保持可・ベッドアップ () 度・寝たまま・その他)
16. 介助は必要ですか？（全介助・一部介助・自力可）