

嚥下(飲み込み)評価入院を希望される方へ(問診票)

記入日: 年 月 日

ふりがな		明・昭 大・平	年 月 日生 (歳)
名前	(男・女)	身長: cm 体重: kg	主な介助者・KP:
あてはまる項目に○印または記入してください		現在の療養場所: 在宅 ・ 施設	
1	肺炎と診断されたことがありますか? A:くり返す B:1度だけ C:なし	施設名: 連絡先(電話)	
2	やせてきましたか? A:明らかに B:わずかに C:なし	以下はわかる範囲でお答えください	
3	物が飲み込みにくいと感じることがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	①コミュニケーションは可能ですか? 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:しばしば B:時々 C:なし	②以下の問題がありますか? なし ・ 聴力 ・ 視力 ・ 味覚障害 ・ 嗅覚障害 ・ 認知症 ・ 褥瘡	
5	お茶を飲むときにむせることがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	③下記の病気にかかったことがありますか? 肺炎 脱水症 脳血管障害 パーキンソン病 アルツハイマー病 認知症 頭部外傷 その他()	
6	食事中や食後、その他にもものがゴロゴロと (痰が絡んだ感じ)することがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	④現在服用中の薬はありますか? ある(以下に薬剤名を記入してください。コピーでも可) ・ なし	
7	のどに食べ物が残る感じがしますか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑤食事の時に窒息を経験したことはありますか なし あり(何を:) 対応: 姿勢を変えた ・ 救急車を呼んだ ・ 自分で吐き出した	
8	食べるのが遅くなりましたか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑥自力で食事摂取できますか? 可能 ・ 見守りで可能 ・ 一部可能 ・ 困難	
9	硬いものが食べにくくなりましたか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑦食事回数は何回ですか? ()回/日 (朝・昼・夕・時間外)	
10	口から食べ物がこぼれることがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑧食事中に義歯を使用しますか? 使用する(上顎のみ 下顎のみ 両方) ・ なし	
11	口の中に食べ物が残ることがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑨食事の際の姿勢についてお書きください 椅子 ・ 車椅子 ・ 端座位 ・ ベッドアップ(度) 寝たまま ・ その他:	
12	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:しばしば B:時々 C:なし	⑩現在の主食の食形態をお書きください 米飯 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ 全粥+とろみキサー ・ ゼリー 絶食 ・ 経管栄養 ・ IVH/点滴 ・ その他:	
13	夜、咳で寝られなかったり、目覚めることがありますか? A:しばしば B:時々 C:なし	⑪現在の副食(おかず)の食形態をお書きください 常菜 ・ 一口大 ・ キザミ ・ 軟菜 ・ ミキサー食 絶食 ・ 経管栄養 ・ IVH/点滴 ・ その他:	
14	声がかすれてきましたか(ガラガラ声、かすれ声)など? A:たいへん B:わずかに C:なし	⑫現在の水分摂取状況をお書きください トロミなし ・ トロミあり(薄いトロミ ・ 中間のトロミ ・ 濃いトロミ) 絶飲 ・ 経管栄養 ・ IVH/点滴	
今一番困っていることは何ですか?		⑬現在の薬剤の服用方法についてお書きください そのまま水で内服 ・ 粉碎して水で ・ トロミ水で内服 胃管で注入 ・ その他:	
むせやすい食品があればご記入ください		⑭以前に受けた嚥下機能検査・指導内容を教えてください あり ・ なし 嚥下機能検査:いつ? 年 月(病院) 指導内容:	
むせにくい食品があればご記入ください			
食欲はありますか? あり・どちらでもない・なし	食事にかかる時間は? 30分未満 ・ 30分～1時間		
今回の来院目的について、あてはまる項目に○印または記入してください			
○食事レベルアップ前の評価 ○むせや肺炎の原因検索 その他()			

状況把握のために確認項目が多くなっていますが、記入をお願いします。分かる範囲で結構です
医療法人 健友会 本間病院 FAX:0234-25-6325 までお願いします