

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ず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	
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	その他()	
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	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	
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	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	
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	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	
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	⑦食事回数は何回ですか? ()回/日 (朝・昼・夕・時間外)	
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	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	
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	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:	
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	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:	
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	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:	
今一番困っていることは何ですか?		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	
本人が食べたい・本人に食べさせたい食べ物は何ですか? 食べたい: 食べさせたい:		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