

摂食・嚥下チェック表

氏名 _____

記入日 _____年 _____月 _____日

嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃に運ぶこと）の状態について、いくつか質問をします。いずれも大切な症状です。よく読んで A・B・C・D のいずれかに○をつけてください。ご本人様または家族の方がご記入下さい。今後の治療の参考にさせていただきます。

質問 1. 現在の食事はどのように摂られていますか？ **A.経口摂取** **B.経鼻経管栄養** **C.胃ろう** **D.その他**

質問 2. 質問 1 で B・C・D と答えた方に質問します。可能であれば経口摂取を希望されますか？ **A.はい** **B.いいえ**

質問 3. 質問 1 で A と答えた方は、下記の表の質問にお答えください。

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
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、それ以外の時にも喉がゴロゴロ（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
12.食べ物や酸っぱい液が胃から喉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
13.胸に食べ物が残ったり、つまった感じの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、咳で眠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

確認者 _____ 職種 _____