

摂食嚥下障害の問診票（ご本人様・御家族様）

記入日： 年 月 日

氏名	歳 (男・女)	生年 月日	M T S H	年 月 日
住所				
電話番号		身長	cm	体重 kg

●主な疾患名について、わかる範囲で○を付けてください。

脳血管障害	・	認知症	・	パーキンソン病	・	口やのどの疾患	・	食道の疾患
心疾患	・	高血圧	・	呼吸器の疾患	・	胃腸の疾患	・	アレルギー
その他(							)	

●嚥下(飲み込み)の状態について、いくつかの質問をします。

A・B・Cのいずれかに○を付けてください。

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
2	やせてきましたか？	A.明らかに B.わずかに C.なし
3	食べ物が飲み込みにくいと感じますか？	A.よくある B.ときどき C.なし
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
5	お茶や水を飲んで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、それ以外の時にのどがゴロゴロ(痰が絡んだ感じ)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
13	胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることは ありますか？	A.よくある B.ときどき C.なし
14	夜に咳で眠れなかつたり、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
15	その他、食事の様子や食事介助でお気づきの点がございましたら記入してください。	

●現在の食事形態についてお答えください。

主食	米飯・粥( 分)・ミキサー粥・パン・麺		
副食	[ 常菜・軟菜 ]		
水分	形・一口大・一口小・キザミ・ペースト・その他( )		
服薬	とろみなし・とろみあり(濃度: )		
摂取方法	錠剤・粉薬(飲み方: )		
姿勢	自立・介助(介助方法: )		
むせ	椅子座位・ベッド上(角度: )・その他工夫( )		
痰	なし・あり(食事中・食後・食事時間以外)		
食事時間	分	補助食品	なし・あり( )
代替栄養	胃ろう・経鼻経管栄養・その他( )		

●検査に関連する情報についてお答えください。

移動手段を教えてください	独歩・杖歩行・車椅子・ストレッチャー
同伴はどなたですか	
歯科診療を受けていますか?	受けていない・受けている
義歯はお持ちですか?	ない・持っている(*当日必ずご持参ください)
リハビリを受けていますか?	受けていない・受けている(PT・OT・ST)
	過去に受けたことがある(PT・OT・ST)
食事や飲み込みについて、今までに受けた説明を教えてください。	
飲み込みや食事について、気になっていることがあれば教えてください。	

問診表の記入お疲れ様でした。

何か気になる点やお気づきの点がありましたら、下記までご連絡ください。

医療法人 檉本会 檉本病院

医療連携室 072-366-1818