

# 嚥下質問紙

平成30年7月5日作成

患者氏名: \_\_\_\_\_ 様 ID: \_\_\_\_\_  
記載者: \_\_\_\_\_ (患者との関係) 記載日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

飲み込みの評価を希望される方へ

いくつか質問をします。評価や指導を円滑に行うための大切な質問ですので、よく読んでお答え下さい。

①ご希望は何ですか？(複数回答可)

はやく嚥下の検査をしてほしい / 必要なら嚥下の検査をしてほしい / 食事や食べ方の指導をしてほしい  
その他( \_\_\_\_\_ )

②アレルギーはありますか？ いいえ / はい (食物: \_\_\_\_\_ 薬品: \_\_\_\_\_)

③ペースメーカーを使用していますか？ いいえ / はい ※検査が実施できないことがあります

③現在の食事内容について教えてください

|        |   |
|--------|---|
| 主食     | 米飯 / パン / 軟らかいご飯 / おかゆ / ペースト(ミキサー食)<br>その他( _____ )                      |
| 副食     | 普通食 / 軟らかいおかず( 1口大 / キザミ / キザミアんかけ )<br>ムース食 / ペースト(ミキサー食) / その他( _____ ) |
| 水分     | とろみなし / とろみあり ( 薄とろみ / 中とろみ / 濃いとろみ )                                     |
| 食事の準備者 |   |

④食べているときの設定について教えてください

|        |   |
|--------|---|
| 姿勢     | 座位 / ベッド上 ( 座位 / ギャッジアップ _____ 度 )  |
| 食事摂取方法 | 自己摂取 / 一部介助 / 全介助 ( 介助者: _____ )  |
| 摂取量    | 主食 _____ 割 / 副食 _____ 割 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">例</span> 主食3割 / 副食5割 |
| 摂食時間   | _____ 分   |

⑤歯の状態について教えてください

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| 歯の欠損やぐらつきはありますか？ | いいえ / はい                |
| 義歯は使用していますか？     | いいえ / はい ( 部分義歯 / 総義歯 ) |
| 義歯は合っていますか？      | 合っている / 合っていない / 修理中    |

⑥食事の時に注意していることがあれば書いて下さい。

[ \_\_\_\_\_ ]

⑦介護保険について教えてください

|        |   |
|--------|---|
| 介護度    | 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5 / なし            |
| サービス内容 | デイサービス / デイケア / ショートステイ / 訪問看護 / 訪問リハビリ |

・担当ケアマネさんのお名前、連絡先がわかれば教えてください

【名前】 \_\_\_\_\_ 【連絡先】 \_\_\_\_\_

・必要あれば当院からケアマネさんに連絡をしてもよいですか？ いいえ / はい

ご協力ありがとうございました

# 摂食・嚥下障害の質問紙

氏名：

実施日：平成 年 月 日

あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶことの状態）についていくつかの質問をします。

いずれも大切な症状です。よく読んで、A,B,Cのいずれかに丸をつけてください。

（※ この2, 3年のことについてお答えください。）

|  |            |            |          |
|--|------------|------------|----------|
| ① 肺炎と診断されたことがありますか？                            | A.<br>繰り返す | B.<br>一度だけ | C.<br>なし |
| ② やせてきましたか？                                    | A.<br>明らかに | B.<br>わずかに | C.<br>なし |
| ③ 物が飲みこみにくいと感ずることがありますか？                       | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ④ 食事中にむせることがありますか？                             | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑤ お茶を飲むときにむせることがありますか？                         | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑥ 食事中や食後、それ以外の時にも、のどがゴロゴロすること（痰がからんだ感じ）がありますか？ | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>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.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑧ 食べるのが遅くなりましたか？                               | A.<br>たいへん | B.<br>わずかに | C.<br>なし |
| ⑨ 硬いものが食べにくくなりましたか？                            | A.<br>たいへん | B.<br>わずかに | C.<br>なし |
| ⑩ 口から食べ物がこぼれることがありますか？                         | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑪ 口の中に食べ物が残ることがありますか？                          | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑫ 食物や酸っぱい液がのどに戻ってくることがありますか？                   | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑬ 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.<br>よくある | B.<br>時々   | C.なし     |
| ⑭ 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？                    | A.<br>よくある | B.<br>時々   | C.<br>なし |
| ⑮ 声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）                   | A.<br>たいへん | B.<br>わずかに | C.<br>なし |