

摂食嚥下相談看護外来問診票

送信先医療機関

医療法人社団協栄会 大久保病院

〒310-0905 水戸市石川 4-4040-32

TEL (029)254-4555

FAX (029)252-0809

送信元医療機関

連絡先： _____

記載者： _____

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID :	患者名 :	男・女	生年月日 :
紹介理由	<input type="checkbox"/> 誤嚥をしていないかの確認 <input type="checkbox"/> 嚥下機能評価 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
食事	<input type="checkbox"/> 主食 (_____) <input type="checkbox"/> 副食 (_____) <input type="checkbox"/> 水分 (トロミ濃度 : _____)		
摂食状況	以下質問No.0～15のA・B・Cのいずれかを○でかこつて答えて下さい。 ✔ 0. 半年以内に歯医者さんに通っていますか？ A. いいえ B. 一度だけ C. 定期的 ✔ 1. 肺炎と診断されたことがありますか？ A. よくある 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. たいへん B. わずかに 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. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることはありますか？ 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 ✔ 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. よくある B. ときどき C. なし ✔ 15. 声がかすれてきましたか？ A. たいへん B. わずかに C. なし 計： A. _____ /15 B. _____ /15 C. _____ /15 (問診基準： No.0～15 で A=実際に日常生活に支障がある B=気になる程度 C=症状なし) 判定： A. に一つでも回答があった⇒嚥下障害あり、B. のみにいくつでも回答あり⇒嚥下障害疑い		

問診は以上です。ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 協栄会 大久保病院 摂食嚥下相談看護外来