

摂食嚥下機能検査 事前調査票

基本情報

氏名 : _____ 生年月日 : _____ 年 月 日 歳

既往歴 : _____ 服薬 : _____

家族構成 : _____

キーパーソン : _____ 身長 : _____ cm 体重 : _____ kg

摂食嚥下機能

食事形態 : 米飯 軟飯 おかゆ **おかず** : 普通 柔らかめ キザミ ミキサー
水分 : (トロミ:有・無) (補助食品:)

食物のアレルギー/嗜好 : _____

食事姿勢 : ベッド上 ・ 車椅子 ・ 座位 使用具 : 箸 ・ スプーン 介助 : 有・無

ムセ込みのある食物 : _____

吸引 : 有 ・ 無 (頻度 :)

食欲低下 : 有 ・ 無 (時期 :)

体重減少 : 有 ・ 無 (時期 : , kg 減少)

介護サービス : 有 ・ 無 ()

飲み込みの状態等を詳細に記入してください (食事に関する質問や悩みでも結構です。)

摂食嚥下機能検査実施にあたってのお願い

- 事前調査票を記入し、検査依頼をされた済生会有田病院の担当者にお渡しください。情報内容を検討し、担当者より後日検査日時をお知らせします。
- 来院時は、ご本人様と常に過ごされているご家族様または施設スタッフが必ず同席してください。
- 日常に近い食事内容で検査を実施しますので、検査当日は普段召し上がっているものを持参してください。持参が困難な場合は、こちらでご用意します。
- 検査結果は、検査後にお話します。

● 詳細な対処方法等は、後日郵送でご連絡いたします。



【連絡先】

住所：〒

宛先：

項目内容を読んで、選択肢に○を記入してください。

評価項目	選択肢
簡単な指示に従う	従えない・時折従える・従える
食物を口に入れる時開口する	開口しない・開口する
食物を口に取り込む	できない・少しできる・できる
食物が口からこぼれる	時々こぼれる・こぼれない
義歯	有る・無い
噛む	噛めない・少し噛める・噛める
食物を送り込む	送り込めない・送り込める
飲み込んだ後も口の中に食物が残る	少し残る・残らない
飲み込みができる	できない・できる
飲み込んだ後にゴロゴロ音がする あるいは声が変わる	する・少しする・しない
飲み込んだ後も食物がのどに 残っている感じがする	する・少しする・しない
就寝時にむせる	むせる・時々むせる・むせない
飲み込んだ後に嘔吐感がある	ある・時々ある・ない