

摂食嚥下外来問診票 (1枚目)

ID()

記入日： 年 月 日 記入者： 本人 ・ 家族 () ・ その他 ()

氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住居	自宅 ・ 施設 () ・ その他 ()				
身長	cm	体重	kg	記入者	本人 / 家族 / その他 ()
定期的に受診している医療機関 (病院/医院/歯科)					
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 ここ2, 3年から最近の状態で該当する項目 (A,B,C) に○をつけてください。					
			A	B	C
1	肺炎と診断されたことがありますか？		繰り返す	一度だけ	なし
2	やせてきましたか？		明らかに	わずかに	なし
	(か月前から kg減少)				
3	物が飲み込みにくいと感じることがありますか？		しばしば	ときどき	なし
4	食事中にむせることができますか？		しばしば	ときどき	なし
5	お茶を飲むときにむせることができますか？		しばしば	ときどき	なし
6	食事中や食後、それ以外のときにのどがゴロゴロ (痰がからむ感じ) することができますか？		しばしば	ときどき	なし
7	のどに食べ物が残る感じがすることができますか？		しばしば	ときどき	なし
8	食べるのが遅くなりましたか？		たいへん	わずかに	なし
9	硬いものが食べにくくなりましたか？		たいへん	わずかに	なし
10	口から食べものがこぼれることができますか？		しばしば	ときどき	なし
11	口の中に食べ物が残ることができますか？		しばしば	ときどき	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？		しばしば	ときどき	なし
13	胸に食べ物が残ったり、つまつたりする感じがすることができますか？		しばしば	ときどき	なし
14	夜、咳で疲れなったり、目覚めることができますか？		しばしば	ときどき	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)		たいへん	わずかに	なし
1~15の質問で回答した個数をお書きください			個×4点	個×1点	個×0点
			=	=	=
合計 (A+B+C)			点		

ありがとうございます。裏面の記載もお願いします。