

摂食・嚥下障害 問診票

健診日 年 月 日

ID: 氏名 様 年齢 歳 男・女 (体重 kg 身長 cm)

A、B、Cのいずれかに○をつけてください。ここ2、3年の嚥下の状態についてご記入ください。

(I) 半年以内に歯医者さんに通っていますか？

A.いいえ B.何かあった時に何回か C.定期的に

(II) 以下の質問にお答えください

1、肺炎と診断されたことがありますか？	A.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.わずかに	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、つまった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.ときどき	C.なし
1～15まで○の数の合計	A: 個	B: 個	C: 個