

摂食・嚥下障害の質問用紙

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 男 ・ 女 身長： _____ cm 体重： _____ kg

平成 年 月 日

あなたの飲み込みなどについて、この2・3年であてはまることがありますか。A、B、Cのいずれかに○をつけてください。
 ※本人自身か、食事介助をされる方がお答えください。

項 目		度 合 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	微熱があり、痰が増えていませんか？	明らかに	わずかに	なし
3	やせてきましたか？	明らかに	わずかに	なし
4	物が飲み込みにくいことがありますか？	よくある	ときどき	なし
5	食事中に、むせることがありますか？	よくある	ときどき	なし
6	お茶を飲むときに、むせることがありますか？	よくある	ときどき	なし
7	食事中・食後・それ以外に、のどがゴロゴロすることがありますか？	よくある	ときどき	なし
8	のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	よくある	ときどき	なし
9	食べるのが、遅くなりましたか？	たいへん	わずかに	なし
10	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
11	口から食べ物が、こぼれることがありますか？	よくある	ときどき	なし
12	口の中に食べ物が、残ることがありますか？	よくある	ときどき	なし
13	食物や酸っぱい液が、胃からのどに戻ってくることがありますか？	よくある	ときどき	なし
14	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？	よくある	ときどき	なし
15	夜、咳で寝られなかったり、目覚めることがありますか？	よくある	ときどき	なし
16	声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）	よくある	ときどき	なし

【使用方法について】

- * “A” が1つでもある場合は、専門医に相談してください。
- * “B” が1つでもある場合は、摂食・嚥下障害の疑いがあります。
- * すべてが“C”なら問題ありません。