摂食・嚥下障害質問票

記入日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 記入者 | 本人／家族／その他（　　　　　　　） |

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，いくつかの質問を致します．いずれも大切な症状です．この2，3年から最近についての状態を教えて下さい．

A，B，Cのいずれかにチェックを付けて下さい．

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | A | B | C |
| １ | 肺炎と診断された事がありますか？ | □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 |
|  | （　　　　カ月前　　　　　㎏） |
| ３ | 物が飲み込みにくいと感じる事がありますか？ | □しばしば | □ときどき | □なし |
| ４ | 食事中にむせることがありますか？ | □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ありますか？ | □しばしば | □ときどき | □なし |
| ６ | 食事中や食後、それ以外のときにものどがゴロゴロ（痰がからんだ感じ）することがありますか？ | □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ありますか？ | □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 | 口から食べ物がこぼれることがありますか？　 | □しばしば | □ときどき | □なし |
| １１ | 口の中に食べ物が残ることがありますか？ | □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がありますか？ | □しばしば | □ときどき | □なし |
| １３ | 胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？ | □しばしば | □ときどき | □なし |
| １４ | 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありますか？ | □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 |

現在の嚥下の状態で一番困っていることはなんですか？以下の項目より選択してチェックをして下さい．

□よくむせる事がある　※むせる食材：ごはん，おかず，水分，食べるもの全て，その他（　　　　　　）

□食事にとても時間が掛かる　※１回の食事時間（約　　　　　分）

□摂取量が少ない　※約　　　　　割程度しか摂取できず

□頻繁に高熱が出る，痰が多い

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

文献　大熊るり・他：摂食・嚥下障害スクリーニングの為の質問紙の開発

日本摂食嚥下障害リハビリテーション会誌6（1）：3-8，2002　一部改編

TEL　0857-38-3251　FAX　0857-32-2513

（尾崎病院　地域連携室）