

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ください。

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？	<input type="checkbox"/> 繰り返す	<input type="checkbox"/> 一度だけ	<input type="checkbox"/> なし
2	やせてきましたか？	<input type="checkbox"/> 明らかに	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
		(_____カ月前 _____kg)		
3	物が飲み込みにくいとを感じる事がありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
4	食事中にむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
5	お茶を飲むときにむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
8	食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
9	硬いものが食べにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
10	口から食べ物がこぼれることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
11	口の中に食べ物が残ることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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せんか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> 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 ()
- 食事にとっても時間が掛かる ※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学会誌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)