

嚥下機能検査を受けられる方へ（問診票）

※分かる範囲でお答えください

記入者：

（受診者との関係：

）

/ 記入日：

年

月

日

ふりがな		生年月日	年	月	日（	歳）
名前	(男・女)	主介助者名	続柄：	(同居・別居)		
生活場所	<input type="checkbox"/> 施設入所 ・ <input type="checkbox"/> 在宅：サービス利用（ ）					

検査を受ける方の状態についてお答えください

身体	身長： cm、体重： kg、平熱： 度
既往歴	
障害	身体障害 ・ 聴力障害 ・ 視力障害 ・ 味覚障害 ・ 認知症 ・ 褥瘡 ・ ( )
口の中の悩み	噛み具合 ・ 口臭 ・ 歯や歯茎の痛み ・ 義歯 ・ その他( )
義歯使用	無 ・ 有 ( 上 ・ 下 )( 部分入歯 ・ 総入歯 )
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし ・ <input type="checkbox"/> やや困難 ・ <input type="checkbox"/> 困難
移動	<input type="checkbox"/> 一人で歩く ・ <input type="checkbox"/> 歩けるが介助が必要 ・ <input type="checkbox"/> 車イス(普通型 ・ リクライニング)

普段の食事についてお答えください

普段の食形態	主食： ご飯 ・ 軟飯 ・ 粥 ・ パン ・ めん 副食： 普通 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー	
	補助食： なし ・ あり ( ) ・ 経管栄養	
水分とろみ	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし	
内服	<input type="checkbox"/> 経口(水・トロミ) ・ <input type="checkbox"/> 非経口(経管など)	
薬の状態	<input type="checkbox"/> 錠剤 ・ <input type="checkbox"/> 顆粒 ・ <input type="checkbox"/> 粉砕	
食欲	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> なし	食事回数 1日( )回
食事にかかる時間	<input type="checkbox"/> 30分未満 ・ <input type="checkbox"/> 30～1時間 ・ <input type="checkbox"/> それ以上	
摂取方法	<input type="checkbox"/> 介助 ・ <input type="checkbox"/> 部分介助 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 自力(はし ・ スプーン)	
食事場所	<input type="checkbox"/> ベッド ・ <input type="checkbox"/> 車イス ・ <input type="checkbox"/> 食卓	
食事を準備する人	<input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	
買い物する人	<input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他( )	

当てはまる項目に○ 又は記入してください

1	肺炎と診断されたことがありますか？	繰り返す ・ 1度だけ ・ なし
2	直近半年以内に痩せてきましたか？	明らかに ・ わずかに ・ なし
3	物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	よくある ・ 時々 ・ なし
4	食事中むせることがありますか？	よくある ・ 時々 ・ なし
5	食べ物や酸っぱい液がのどに戻ることがありますか？	よくある ・ 時々 ・ なし
6	今一番困っていることは何ですか？	
7	ご本人が食べたい、またはご本人に食べさせたい食物は？	
8	嚥下機能検査・指導を以前にうけたことがありますか？	年 月頃 ( 病院) ・ なし
9	かかりつけの歯科医院はありますか？	ある ( 歯科名： )
10	当院で歯科受診・治療を希望しますか？	はい ・ いいえ

今回の来院目的を教えてください（複数回答可）

<input type="checkbox"/> ムセや肺炎の原因検索	<input type="checkbox"/> 安全に摂取できる方法を知りたい	<input type="checkbox"/> 食事形態を見直したい
<input type="checkbox"/> 胃瘻造設について相談したい	<input type="checkbox"/> その他 ( )	