

# 摂食嚥下についての問診票

診療に役立たせて頂きますので、以下の内容についてお答えください。

記入日： 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳 )	ID	(当科記載)
お名前	男・女				

あなたの飲みこみに関わることについて いくつか質問を致します。

★ 今日はどうされましたか？

★ 症状はいつ頃からですか？ ( 日前 週間前 月前 )

あてはまる項目にレ印またはご記入下さい。

お身体についての質問です。

1: 現在の身長と体重を教えてください。 身長 ( ) cm 体重 ( ) kg	9: 現在当病院以外で通院されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( 病院 科 )
2: 過去3か月間で体重の減少がありましたか？ <input type="checkbox"/> 3kg以上の減少 <input type="checkbox"/> 1-3kgの減少 <input type="checkbox"/> 減少なし	10: 現在内服中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> お薬手帳あり <input type="checkbox"/> お薬手帳なし(下記へ記載) ( ) 薬の形態 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 顆粒 <input type="checkbox"/> 粉末 <input type="checkbox"/> 水剤 <input type="checkbox"/> 坐剤 <input type="checkbox"/> その他( )
3: 普段の血圧を教えてください。 ( / mmHg) <input type="checkbox"/> 服薬あり <input type="checkbox"/> 服薬なし	薬の飲み方 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> とろみ水 <input type="checkbox"/> シリンジ使用 <input type="checkbox"/> その他( )
4: 体温を教えてください。 本日 ( °C) 平熱 ( °C)	11: 顔や体の中に麻痺がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 部位( )
5: 最近発熱しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いつ( )	12: 日常生活で介助を必要としますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 例えばどんなときに？( ) 主な介助者( )続柄( )
6: 気管切開はしていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	13: 介護保険の認定を受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 担当ケアマネ( ) 事業所( )
7: 入院の経験はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 入院理由 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 栄養障害 <input type="checkbox"/> その他( ) 入院時期( )	
8: 次の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 脱水症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし	

認知機能についての質問です。

1: 次に挙げる項目であてはまるものはどれですか？ <input type="checkbox"/> 重度認知症またはうつ病 <input type="checkbox"/> 中等度の認知症 <input type="checkbox"/> 精神的問題なし	2: 食事に対する意欲はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 食べたい物( )
--	--

↓裏面に続く

# 摂食嚥下についての問診票

呼吸についての質問です。

1: 呼吸機能に問題がありますか？ <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> ない
---

お食事についての質問です。(複数回答可)

1: 食事時に次の症状はありますか？ <input type="checkbox"/> よだれがたれる <input type="checkbox"/> くちからこぼれる <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> くちの中に残る <input type="checkbox"/> のどに残る <input type="checkbox"/> むせる むせる頻度は？ <input type="checkbox"/> 稀に <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻繁に むせる時間は？ <input type="checkbox"/> 食事中 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 睡眠中 むせやすい物( )	6: 水分にとろみをつけていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2: おくちから食事を取っていますか？ <input type="checkbox"/> 毎食 <input type="checkbox"/> 一日少量 <input type="checkbox"/> なめるのみ <input type="checkbox"/> とっていない いつから( )	7: 食事の時間はどれくらいかかりますか？ 朝( )時頃( )分間 昼( )時頃( )分間 夕( )時頃( )分間 間食( )時頃( )分間
3: おくち以外から栄養を摂っていますか？ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> とっていない その他( )	8: 食事の時姿勢はどれですか？ <input type="checkbox"/> 椅子に座る <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベットに横になる その他( )
4: 食事の形態はどれですか？ <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟らか食 <input type="checkbox"/> 粗刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食 <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> その他( )	9: 食事の時に介助は必要ですか？ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
5: 水分摂取時に使用するものはどれですか？ <input type="checkbox"/> コップ <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 吸い飲み <input type="checkbox"/> その他( )	10: 好む食品の種類や形はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に( )
	11: 過去3か月間で食欲不振、消化器系、咀嚼、 嚥下機能が原因で食事量が減少しましたか？ <input type="checkbox"/> 著しい減少 <input type="checkbox"/> 中程度の減少 <input type="checkbox"/> 食事量の減少なし

おくちについての質問です。

1: かかりつけ歯科はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 歯科医院名( ) 担当医( )	3: おくちのお掃除はいつ行っていますか？ <input type="checkbox"/> 朝食前 <input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食前 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食前 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> その他( )
2: おくちのお掃除に使っている道具は？ <input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> 舌ブラシ <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ <input type="checkbox"/> ガーゼふきとり <input type="checkbox"/> 洗口剤 <input type="checkbox"/> その他( )	4: 入れ歯を使っていますか？ <input type="checkbox"/> 常に使用 <input type="checkbox"/> 食事のみ使用 <input type="checkbox"/> 食事以外で使用 <input type="checkbox"/> ほとんど使わない <input type="checkbox"/> 全く使っていない(紛失・自分の歯がある)

診療にあたり特に配慮を希望される事項がございましたらご記入ください。

--