

摂食嚥下機能に関する問診票

診察や検査時に、役立たせていただきますので、次の内容についてお答えください。ご自身での記入が難しい場合、「食べる」場面をよくご存知の方が記入してください。

氏名・性別・年齢	氏名:	男・女	歳	身長・体重	cm	kg
連絡先	住所:	電話番号:				
定期的に受診している医療機関 内科・歯科など全て記載をお願いします。 担当の医師名も分かる際は記載してください。	病院・医院/	(医師名)	病院・医院/	(医師名)		
	病院・医院/	(医師名)	歯科医院/	(医師名)		

「3:いつもある」「2:時々ある」「1:まれにある」「0:ほとんどない」の中から、
1つ選んで○印を付けてください。

1	水分や食べ物が鼻にあがる	3	2	1	0
2	食べ物をいつまでも飲み込まずに嚥んでいる	3	2	1	0
3	水分が飲み込みにくい	3	2	1	0
4	ご飯が飲み込みにくい	3	2	1	0
5	食べ物がのどに引っかかる感じがする	3	2	1	0
6	食べ物がのどに残る感じがする	3	2	1	0
7	食事中や食後に濁った声に変わる	3	2	1	0
8	水分や食べ物が口に入った途端にむせたり咳き込んだりする	3	2	1	0
9	水分や食べ物を飲み込む時にむせたり咳き込んだりする	3	2	1	0
10	水分や食べ物を飲み込んだ後にむせたり咳き込んだりする	3	2	1	0
11	水分を飲み込むときに、むせる	3	2	1	0
12	ご飯を飲み込むときに、むせる	3	2	1	0
13	嚥むことが困難である	3	2	1	0
14	硬い食べ物を避け、軟らかいものばかり食べる	3	2	1	0
15	口がパサパサしていると感じる	3	2	1	0
16	パサパサ、モサモサした食べ物は飲み込みにくい	3	2	1	0
17	口から食べ物がこぼれる	3	2	1	0
18	言葉が明瞭でない	3	2	1	0
19	食べ物を飲み込んだ後に舌の上に食べ物が残る	3	2	1	0
20	食べるのが遅くなる	3	2	1	0
21	食べ物や酸っぱい液が、のどに戻ってくる	3	2	1	0
22	食べ物が胸につかえる感じがする	3	2	1	0
23	胸やけがする	3	2	1	0

【嚥下障害リスク評価尺度改訂版より引用】

特に気になることがあれば、記載してください

ご記入いただき、ありがとうございました。 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

生活面についてお尋ねします。
該当する部分に、○印を付けてください。



1. 日常生活の自立度(移動・更衣・食事など全般的に)
自立 一人ですべてできる 杖 車椅子 歩行器 ベッド上
2. 以下の病気になったことはありますか
誤嚥性肺炎 脳血管疾患 脱水症 その他、入院や治療を要した病気()
3. 入れ歯について
義歯なし 義歯あり(以下もお答えください) 日常的に使用している 使用していない
4. 現在、内服している薬を教えてください
5. 現在、食べている食事について教えてください
水分: 普通の水分が飲める トロミ使用 ゼリー 食事: 普通食 お粥 軟らかめのご飯 キザミ食 ペースト食 ゼリー状 その他() 胃瘻・経鼻経管栄養の方(栄養剤名:)
6. 食べる動作について
一人で食べることができる 家族が見守りをしている 家族が手伝っている その他()
7. 発熱が出ることはありますか
全くなし ときどきある よくある



記載者名(年 月 日 記入)
続柄: ()