

嚥下初診用問診表

年 月 日

患者名 様 記入者 本人・その他 続柄 ()

・過去にかかったことのある病気はありますか？

- 脳梗塞（脳幹・大脳・小脳・多発性） 脳出血（右・左・小脳・脳幹） くも膜下出血
脳腫瘍 頭部外傷 パーキンソン病 進行性核上性麻痺 脊髄小脳変性症
多発性硬化症 筋萎縮性側索硬化症 アルツハイマー 認知症 舌口腔咽頭癌
胃・食道癌 アカラジア 逆流性食道炎 食道裂孔ヘルニア ギランバレー症候群
誤嚥性肺炎 その他 ()

・発症日/手術日など

年 月 日

・主治医 病院/医院 科 先生

・麻酔にアレルギーはありますか？

- ある なし

・毎日飲むお薬はありますか？

- ある なし

薬剤名 ()

・今まで肺炎になったことはありますか？

- 繰り返している 過去に1回 なし

(最後の肺炎はいつですか？)

・熱は出ますか？

- よく出る（ほぼ毎日） 時々 ほとんど出ない

・痰は出ますか？

- よく出る（頻繁に吸引する・自分で出せる） 時々（時々吸引する・自分で出せる）

ほとんど出ない

・気管切開を行っていますか？

- あり なし

・意思の疎通はとれますか？

- 全くとれない あまりとれない 何かとれる とれる

・現在、飲み込みハビリを行っていますか？

- 行っている 行っていない

(行っている人は誰ですか？ 医師・歯科医師・看護師・言語聴覚士・理学療法士・
作業療法士・その他)

・嘔吐はありますか？

- よくある 時々 ない

・最近、数ヶ月の間に体重は減りましたか？ 現在の身長 cm 体重 kg

- 増えた 徐々に増えた 最近急に減った 徐々に減った あまり変化なし

(それはどの位ですか？ ヶ月間で kg)

- ・声は普通に出すことができますか？
 全くできない かすれ声 普通に出る
- ・現在、食事を口から食べていますか？
 食べている 食べていない

<食事を口から食べている方>

- ・現在、治療目的の食事制限はありますか？
 ない ある（疾患名： _____)
- ・食事をいつ摂っていますか？
 朝 昼 夕
- ・どんな食事を摂っていますか？
 普通食 きざみ食 かゆ状 ミキサー食 その他
（食事にかかる時間 _____ 分位）
とろみ 有 ・ 無 とろみの濃度（ _____ ）
- ・1回の食事でどの位の量を食べていますか？
ご飯・パン・麺： _____ おかず： _____
- ・誰が食事の準備を行いますか？
 自分 配偶者（妻・夫） 親（母・父） 子（続柄： _____ ） 嫁
 孫 その他（ _____ ）
- ・食事の準備について不安はありますか？
 とても不安 やや不安 あまり不安ではない 全く不安ではない
- ・栄養状態について不安はありますか？
 とても不安 やや不安 あまり不安ではない 全く不安ではない
- ・水分はどのようにして補給しますか？ 例：トロミをつけたお茶 など…
（ _____)
- ・食事の汁物以外に飲み物はどの位飲みますか？ 1日にコップ _____ 杯位
- ・食べる速さに変化はありますか？
 大変遅くなった わずかに遅くなった 変化なし
- ・どのような食事をしていますか？
 食卓に座って ベッドを起こして 寝たまま その他
- ・食事は自分で食べることができますか？
 自分で 介助が必要（それは誰が行いますか？ _____)
- ・食事時のムセはありますか？
 いつもムセる 時々ムセる ムセない
- ・口から食べ物がこぼれることがありますか？
 よくこぼれる 時々こぼれる こぼれない
- ・どのような食べ物を食べる（飲む）とムセますか？
（ _____)
- ・どれ位まで食べられるようになればいいかなど希望・要望がありましたらご記入ください。

