摂食嚥下に関する問診票

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1ご要望の確認

① ご本人のご要望をお聞かせ下さい

□食べられるようになりたい　□胃瘻に向けた嚥下評価

□食事内容を検討したい　□ムセ・肺炎の原因検索

□その他（　　）

② ご家族のご要望をお聞かせ下さい

□何か食べさせてあげたい（具体例：　　）

□食事内容を検討したい

□その他（　　）

2 現在の食事に関する確認

① いつも食事内容を教えて下さい

主食（　　）　おかず（　　）その他（　　）

② 摂取量はどの程度でしょうか

（　　）

③ どのようなものがお好きでしょうか　例）甘いもの、

（　　）

④ 食事の際の様子を教えて下さい

ムセ	□有　□無	誤嚥性肺炎の既往	□有　□無
かき込んで食べる	□有　□無	一口量	□多い　□少ない　□普通
注意がそれやすい	□有　□無	水分摂取	□とろみ付き　□とろみなし
食事動作	□自力摂取　□見守りが必要　□途中から介助が必要　□全介助		
食事姿勢	□椅子　□車椅子　□端座位　□ベッドアップ　□その他		

3 現在の体調に関する確認

① お口の状態を教えて下さい

義歯：□有　□無　/　自分の歯：□有　□無

② 歯磨きを行っている人はどなたですか

□自分　□介護者　□その他（　　）

③ 体重の変化について教えて下さい

□痩せた（ー　　kg）　□変わらない　□増えた

④ 現在かかっている疾患は何ですか？

（　　）