

①嚥下外来事前情報記入用紙

記入日： 年 月 日

ふりがな 患者氏名		年齢		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	患者電話番号		-	-
患者住所	〒				
紹介者名		紹介者電話番号		-	-
当院の嚥下外来を知った理由	当院HP ・ チラシ ・ 当院の職員紹介 ・ その他 ()				

■病名など

主病名	脳血管疾患・進行性疾患 <input type="checkbox"/> あり (病名：) <input type="checkbox"/> なし
既往歴	誤嚥性肺炎の既往 <input type="checkbox"/> あり (年 月) <input type="checkbox"/> なし
酸素流入	<input type="checkbox"/> あり (l/min) <input type="checkbox"/> なし
受診理由	(現在の食事の状況や問題点、検査の目的など)

■摂食状況

主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> パン <input type="checkbox"/> 麺 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> その他 ()
副食	<input type="checkbox"/> 家族と同じ(通常食) <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> 1口大食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> その他 ()
嗜好品	
水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミつき (濃度：濃いトロミ・中間・薄いトロミ)
摂取量	<input type="checkbox"/> 全量 <input type="checkbox"/> 7割程度 <input type="checkbox"/> 5割程度 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取できない (約 割)
食べ方	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
食具	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> その他 ()
食事姿勢	<input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子 <input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()
栄養方法	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 抹消点滴 <input type="checkbox"/> 経口と併用 <input type="checkbox"/> 経管栄養のみ いつ頃から？ 年 月～

■現在のADL (日常生活動作)

移乗	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 標準型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通に可 <input type="checkbox"/> 何とかできる <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> その他 ()

■口腔内・その他

義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> あるが未使用 <input type="checkbox"/> その他 ()
希望する検査	<input type="checkbox"/> 嚥下内視鏡検査 (VE) <input type="checkbox"/> 嚥下造影検査 (VF) <input type="checkbox"/> 先生にお任せする
これまでに飲み薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()
アレルギー性の病気や体質がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (気管支喘息・じんま疹・花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎)
ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気やアレルギー体質の方がいますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (続柄： 内容：)

■受診予約希望日

第1希望	月 日(火)	第2希望	月 日(火)	第3希望	月 日(火)
------	--------	------	--------	------	--------

■電話連絡時ご都合のいい時間帯：

平日： _____

■その他、要望など



②【質問シート】嚥下外来

氏名：		記入日：	年 月 日
身長：	cm	体重：	kg
回答者：	本人・（ ）	年齢：	

あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態についていくつかの質問をします。ここ2, 3年から最近のことについてお答えください。いずれも大切な症状ですので、よく読んでA, B, Cのいずれかに○をつけてください。

		A	B	C
1	肺炎と診断されたことはありますか？	繰り返す	一度だけ	なし
2	やせてきましたか？	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？	しばしば	ときどき	なし
4	食事中にむせることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
5	お茶を飲むときにむせることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
6	食事中や食後、それ以外の時にもゴロゴロ（痰が絡んだ感じ）することがありますか？	しばしば	ときどき	なし
7	のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
8	食べるのが遅くなりましたか？	たいへん	わずかに	なし
9	硬いものが食べにくくなりましたか？	たいへん	ときどき	なし
10	口から食べ物がこぼれることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
11	口の中に食べ物が残ることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
12	食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
13	胸に食べ物が残ったり、詰まった感じがすることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
14	夜、咳で眠れなかったり、目覚めることがありますか？	しばしば	ときどき	なし
15	声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）	たいへん	わずかに	なし

出典：大熊るり、藤島一郎、小島千枝子、他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発、日本摂食嚥下リハ会誌6(1)：3-8, 2002(一部修正)

・記入方法が不明な場合は、お気軽にお電話（072-277-1401 平日9：00-16：45）でお問合せください。
①嚥下外来事前情報記入用紙、②質問シートの2枚を、FAX:072-277-1034に送信してください。