

嚟下評価入院質問紙

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

あなたの嚥下（飲み込み）の状態について評価します。

以下の質問について、ここ2,3年から最近の状態で該当する項目(A,B,C)にチェック(☑)してください。

番号	嚥下の状態についての質問	A	B	C
1	肺炎と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 2度以上	<input type="checkbox"/> 一度だけ	<input type="checkbox"/> な し
2	やせてきましたか？	<input type="checkbox"/> 明らかに	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
3	物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
4	食事にむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
5	お茶を飲むときにむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
6	食事中や食後、それ以外の時にものがゴロゴロ（痰がからんだ感じ）することがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
8	食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
9	硬いものが食べにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
10	口から食べ物がこぼれることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
11	口の中に食べ物が残ることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
12	食物やすっぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
13	胸に食べ物が残ったり、つまった感じがすることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し

合計 A: B: C: