

嚥下評価入院質問紙

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	食事中にむせることができますか？	<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できますか？	<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どがゴロゴロ(痰がからんだ感じ)することができますか？	<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できますか？	<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できますか？	<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できますか？	<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、つまた感じがすることができますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
14	夜、咳で疲れなつたり目覚めることができますか？	<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: