

摂食機能療法 問診用紙(発達期)

記入日 西暦 年 月 日

記入者 ()

氏 名 : _____

性 別 : 男 ・ 女

生年月日 : 西暦 _____年 ____月 ____日

暦年齢 : ____歳 ____ヶ月

・何週で生まれましたか(在胎週数) ____週 ____日

修正年齢 : ____歳 ____ヶ月

出生時の体重 _____ g

身長 _____ cm

現 在の体重 _____ g

身長 _____ cm

平熱 _____ °C

- いま一番困っていること、解決したいことはなんですか

- 該当する項目をチェックしてください

誤嚥性肺炎の既往

窒息の既往

流涎 (よだれ)

唇閉鎖不全

嘔吐しやすい

胃食道逆流

哺乳困難

口腔内貯留

舌突出

丸呑み

むせ

離乳食が進まない

体重増加不良

拒食

偏食

過敏

経管依存

原始反射残存

原始反射出現なし(生後一度も認められない)

- 現在通院している他の医療機関を教えてください。

・ _____病院 _____科 主治医 : _____ 先生

・ _____病院 _____科 主治医 : _____ 先生

・ _____病院 _____科 主治医 : _____ 先生

- かかりつけの歯科医院を教えてください。

なし・あり 歯科医院名 ()



- 毎日飲んでいるお薬はありますか。 はい いいえ
「はい」の場合、お薬の名前を教えてください。
なお、お薬手帳をお持ちの場合は、ご記入なさらなくて結構です（お薬手帳をコピーさせてください）。

- アレルギー体質(過敏反応)がありますか？ はい いいえ
「はい」の場合： 薬品（ ）
 食品（ ）
 金属（ ）
 その他（ ）

- 便秘 不良 やや良 良
下剤の使用 常に 時々 無

- 生活状況について教えてください。

・居住形態・活動について教えてください。

- 在宅
 通園（施設名： ）
 通学（施設名： ）
 通所（施設名： ）
 入所（施設名： ）
 その他：

- リハビリテーションの経験はありますか。またそれはどちらですか。

- ・理学療法 (PT) 無 有（ ）
・作業療法 (OT) 無 有（ ）
・言語聴覚療法 (ST) 無 有（ ）
・摂食機能療法(摂食指導) 無 有（ ）
・その他 無 有（ ）

- 粗大運動能などについて

- ・首のすわり（ ）ヵ月） ・おすわり（ ）ヵ月） ・はいはい（ ）ヵ月）
・つかまり立ち（ ）ヵ月） ・歩き始め（ ）ヵ月） ・介助歩行（ ）ヵ月）
・独歩（ ）ヵ月） ・意味のある言葉を話し始めたのは（ ）歳）ヵ月）



● 摂食に関する既往歴

- | | | | |
|------------|----|---|---------------|
| ・ 哺乳期間 | ヶ月 | ～ | ヶ月（母乳・人工乳・混合） |
| ・ 経管栄養期間 | ヶ月 | ～ | ヶ月 |
| ・ 離乳開始時期 | 歳 | | ヶ月 |
| ・ 指しゃぶり期間 | ヶ月 | ～ | ヶ月現在(+・-) |
| ・ 玩具しゃぶり期間 | ヶ月 | ～ | ヶ月現在(+・-) |

● 食事の状況について教えてください。

- ・ 栄養摂取 経口 経管栄養(経鼻) 胃ろう その他()
- ・ 食事時間(具体的に 分程度)

● 経口摂取してる場合、下記について教えてください。

- ・ 食欲 旺盛 普通 乏しい
- ・ 偏食 有 無
- ・ 食物形態 普通 一口大 きざみ ペースト食 流動食 その他
- ・ 水分摂取法 哺乳瓶 すい飲み スポイト スプーン ストロー コップ
- ・ 水分の形態 とろみなし 薄いとろみ 中間のとろみ 濃いとろみ
- ・ 摂食姿勢 寝たまま 抱かれて すわって
- ・ 介助状態 全介助 手づかみ+介助 食器+介助 汚すが自食 上手に自食
- ・ 介助方法 不要 後方から 側方から 前方から
- 顎介助 有 無
- 唇介助 有 無

● 診療に関してのご希望を教えてください

