

# 問診票(摂食機能療法・成人用)

年 月 日

氏 名： \_\_\_\_\_ 性 別： 男・女

生年月日：西暦 \_\_\_\_\_ 年 月 日( \_\_\_\_\_ 歳) 身 長： \_\_\_\_\_ cm 体 重： \_\_\_\_\_ kg

から食えること・食事に関して具体的に困っていることや期待すること

生活の場	居宅/施設( _____ )	
要介護度	介護認定なし <input type="checkbox"/> ・要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> Ⅰ・ <input type="checkbox"/> Ⅱ・ <input type="checkbox"/> Ⅲ・ <input type="checkbox"/> Ⅳ・ <input type="checkbox"/> Ⅴ	
かかりつけの病院	医院名： _____ 主治医： _____	
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患： <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	発病年： _____ 年
	<input type="checkbox"/> 神経筋疾患： <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー	発病年： _____ 年
	<input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎(入院回数 _____ 回) (1年以内に _____ 回)	
	<input type="checkbox"/> 認 知 症： <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> レビー <input type="checkbox"/> 血管性 <input type="checkbox"/> 前頭側頭 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	発病年： _____ 年
	<input type="checkbox"/> のどの腫瘍(具体名： _____ )	発病年： _____ 年
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患： <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他( _____ )	発病年： _____ 年
	<input type="checkbox"/> 食道の疾患： <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> アカラシア <input type="checkbox"/> その他( _____ )	発病年： _____ 年
服薬	<input type="checkbox"/> 服用薬なし <input type="checkbox"/> 服用薬あり：お薬手帳をコピーさせてください	
栄養法	<input type="checkbox"/> 経口摂取： <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部介助・ <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養： <input type="checkbox"/> 胃瘻(PEG)・ <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養・ <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 経静脈栄養(点滴)	
経口摂取している 場合 食形態	主食の形態： _____ 副食の形態： _____	分かる場合 学会分類コード： _____
	水分： <input type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> とろみあり ( <input type="checkbox"/> 薄いとろみ・ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ・ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ )	
食事時の姿勢	<input type="checkbox"/> 椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド	
食事にかかる時間	約 _____ 分	

該当する項目をチェック してください

① 肺炎と診断されたことがありますか？

なし・ 一度だけ・ 繰り返す

② やせてきましたか？

いいえ・ わずかに・ 明らかに

③ 食事中にむせることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

④ 水分でむせることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑤ 日常生活自立度はどの程度ですか？

自立・ 坐位保持可・ 寝たきり

⑥ コミュニケーションはとれますか？

とれる・ 不十分・ とれない

⑦ 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑧ のどがゴロゴロする（痰がからんだ感じ）ことがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば

⑨ のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑩ 食べるのが遅くなりましたか？

いいえ・ わずかに・ たいへん・ 経口摂取していない

⑪ 硬いものが食べにくくなりましたか？

いいえ・ ときどき・ たいへん・ 経口摂取していない

⑫ 口から食べ物がこぼれることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑬ 口の中に食べ物が残ることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑭ 食べ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？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑮ 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？

いいえ・ ときどき・ しばしば・ 経口摂取していない

⑯ 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか？

いいえ・ ときどき・ しばしば

⑰ 声がかすれてきましたか（がらがら声、かすれ声など）？

いいえ・ ときどき・ しばしば

⑱ 食欲の減退はありますか？

ない・ あまりない・ ある・ 不明

--