

摂食機能障害に関する質問票

年 月 日

氏名 _____ 男・女 _____ 歳 _____ 回答者：本人・家族（ _____ ）

身長 _____ cm 体重 _____ kg

食事形態 _____ 義歯の有無 _____ 有(適合/不適合) ・無

1. 肺炎と診断されたことがある。(3カ月以内) A 繰り返す B 一度だけ C なし D 不明
2. 3カ月前と比較し体重が減少した。(kg) A 明らかに B わずかに C なし D 不明
3. 痰がらみがきかれる。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
4. 夜、咳き込んでいることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
5. 声がかすれている。(がらがら声・かすれ声など) A たいへん B わずかに C なし D 不明
6. 開口していることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
7. 口腔内の汚れや舌苔がある。 A たいへん B わずかに C なし D 不明
8. 食事にむせることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
9. 水分でむせることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
10. 口から食べ物がこぼれることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
11. 口の中に食べ物が残ることがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明
12. 口をあけてくれないことがある。 A しばしば B ときどき C なし D 不明

※その他、お気づきの点がありましたらご記入願います。

質問票は検査当日にお持ちください。

〒064-8575 札幌市中央区旭ヶ丘5丁目6番50号
社会福祉法人札幌慈啓会
慈啓会病院
電話 011-561-8292
FAX 011-551-3862