

食事チェックシート(わかる範囲でかまいませんのでご記入をお願いします)

記載日 年 月 日

お名前 様 性別 男・女 生年月日 M T S H 年 月 日

ご住所 〒

電話番号 - - 記載者 本人 ご家族 病院・施設関係の方

- | | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1. 肺炎と診断されたことがありますか | 繰り返す | 一度だけ | ない |
| 2. 微熱は続いていませんか | 続いている | | 続いていない |
| 3. 痩せてきていませんか | 明らかに | わずかに | ない |
| 4. 食事量の減少あるいは食欲の低下がありますか | ある | わからない | ない |
| 5. 食事中に眠くなったり注意散漫になりますか | なる | ときどき | ならない |
| 6. 食事中に姿勢が悪くなることはありますか | ある | ときどき | ない |
| 7. 口から食べ物がこぼれることがありますか | ある | ときどき | ない |
| 8. 口の中に食べ物が残ることがありますか | ある | ときどき | ない |
| 9. 一口量はどのくらいですか | 多い | 普通 | 少ない |
| 10. 食事中にむせることがありますか | ある | ときどき | ない |
| 11. むせることがあれば何を食べたときに多いですか | (| |) |
| 12. 食事中や食後、それ以外のときにのどがゴロゴロすることがありますか | ある | ときどき | ない |
| 13. のどや胸に食べ物が残った感じがありますか | ある | ときどき | ない |
| 14. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってきますか | ある | ときどき | ない |
| 15. 咳で寝られなかったり目覚めることがありますか | ある | ときどき | ない |
| 16. 声がガラガラする、かすれることはありますか | たいへん | わずかに | ない |
| 17. 食事摂取時間は平均どのくらいですか | 15分以下 | 中間 | 1時間以上 |
| 18. 摂食嚥下について気になっている点や相談したい点がありましたら記載してください | | | |