## ツール①

## 飲みこみチェックシート Ver.1

新宿区

年 月 日【記載者氏名】

氏名 歳 年齢 Aが1つでもあっ たら医師等に相 談しましょう。 身長 体重 kg cm1 肺炎と診断されたことがありますか? A. 繰り返す B. 一度だけ C.なし 頃) 2 やせてきましたか? A. 明らかに B. わずかに C.なし 頃) A. しばしば B. ときどき C. なし 3 物が飲み込みにくいと感じることがありますか? 4 食事中にむせることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし 5 お茶を飲むときにむせることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし 6 食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ A. しばしば B. ときどき C. なし (たんがからんだ感じ) することがありますか? 7 のどに食べ物が残る感じがすることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし 8 食べるのが遅くなりましたか? A. たいへん B. わずかに C. なし 9 硬いものが食べにくくなりましたか? A. たいへん B. わずかに C. なし 10 口から食べ物がこぼれることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし 11 口の中に食べ物が残ることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし 12 食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? A. しばしば B. ときどき C. なし 13 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? A. しばしば B. ときどき C. なし 14 夜、咳で寝られなかったり目覚めることがありますか? A. しばしば B. ときどき C. なし

出典:大熊他日本摂食・嚥下リハビリテーション学会会誌2002より改編

A. たいへん B. わずかに C. なし

Aが1つ以上ある→→かかりつけ医や訪問看護師などへ相談しましょう(ツール②へ)。

15 声がかすれてきましたか(がらがら声,かすれ声など)?