

氏名		生年月日			年	月	日
年齢	身長		体重				
回答者		本人	・	配偶者	・ ( )		

嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）状態を確認するための質問です。

2～3年前から最近までの状態に当てはまる項目をA・B・Cから選んでチェック(✓)して下さい。

質 問	A	B	C
1. 肺炎と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 繰り返し	<input type="checkbox"/> 一度だけ	<input type="checkbox"/> な し
2. やせてきましたか？	<input type="checkbox"/> 明らかに	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
3. 物が飲み込みにくいと感ずることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
4. 食事にむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
6. 食事中や食後、それ以外の時に、のどがゴロゴロ（痰がからんだ感じ）することがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
8. 食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
14. 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがあり ますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> な し
15. 声がかすれてきましたか？ (がらがら声、かすれ声など)	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> な し

