

老健 虹

◆ 食べる機能チェック表

食べる機能チェック表

氏名: _____ 男・女 生年月日 M・T・S 年 月 日 歳 病棟 _____

疾患名 _____ 入院日 _____

記入日 _____ 記入者名 _____

食事摂取方法	経口・経管・併用
どのような状態で食事をされますか	1.椅子坐位 2.リクライニング()度
ご自分で食事を召し上がられますか	1.自分 2.一部声かけ、介助要 3.全介助
食事形態	1.常食 2.刻んである 3.流動食 4.その他()

〔既往歴・全身状態〕

1) 熱は出ますか	1.しばしば 2.時々 3.なし
2) 痩せについて	1.あり(期間: 年 ヶ月・ キロ) 2.なし

〔食事状況〕

評価日

	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1. 肺炎と診断されたことがありますか			
2. やせてきましたか			
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			
5. 食べるのが遅くなりましたか			
6. 口から食べ物がこぼれることがありますか			
7. 口の中に食べ物が残ることがありますか			
8. 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			
9. 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありますか			
10. 飲み込んだ後に声が変わりますか			
11. 飲み込む時に痛みがありますか			
12. 声がかすれてきましたか(がらがら声、かすれ声など)			
13. 該当なし			
8～12が1つでも当てはまれば、摂食・嚥下チェックシートで評価して下さい。			

〔姿勢面〕

14. 頭が後ろに倒れていないか			
15. 体が傾いていないか			
16. 足が床にきちんとついているか			