

摂食・嚥下障害の質問用紙

氏名

年齢 歳 男・女

平成 年 月 日

身長 cm 体重 kg

あなたの嚥下（飲み込み、食べ物を口から食べて胃まで運ぶこと）の状態について、いくつかの質問をいたします。

いずれも大切な症状です。よく読んでA,B,Cのいずれかに丸をつけてください。

この2、3年のことについてお答えください。

- | | | | |
|---|---------|---------|-------|
| 1、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 |
| 2、やせてきましたか？ | A, 明らかに | B, わずかに | C, なし |
| 3、物が飲み込みにくいと感ずることがありますか？ | A, よくある | B, ときどき | C, なし |
| 4、食事中にむせることがありますか？ | A, よくある | B, ときどき | C, なし |
| 5、お茶を飲む時にむせることがありますか？ | A, よくある | 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（痰がからんだ感じ）することがありますか？ | A, よくある | B, ときどき | C, 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？ | A, よくある | 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, よくある | 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, よくある | 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はありませんか？ | A, よくある | 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, よくある | 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, よくある | B, ときどき | C, なし |
| 15、声がかすれてきましたか（がらがら声かすれ声） | A, よくある | B, ときどき | C, なし |

大熊るり、藤島一郎ほか：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発、日摂食嚥下リハ会誌6（1）3 - 8、2002

< 摂食・嚥下障害質問紙の使用方法について >

現在、摂食・嚥下障害のスクリーニングおよび検査方法は数多く報告され使用されている。それぞれ必要に応じたスクリーニング、検査方法の1選択としてスクリーニング効率が高いことから参考にして使用されたい。尚、15項目からなる質問のうち“Aに1つでも回答があったもの”を嚥下障害ありと判断する。

嚥下障害ありと検査結果がでた場合、専門医に相談することをお奨めする。