

嚥下外来 事前問診票

あなたの嚥下（飲みこみ、食べ物を口から食べて口に運ぶこと）の状態について、いくつかの質問を致します。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○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。

氏名： _____

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	物が飲みこみにくいと感じ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	お茶を飲むとき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がゴロゴロ（たんがからんだ感じ）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がありますか？	A よくある	B ときどき	C なし
13	胸に食べ物が残ったり、詰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、かすれ声など）	A たいへん	B わずかに	C なし