

# 「気づきのチェックシート」

記入日 年 月 日 お名前 様 記入者名

三つの視点	✓ <input type="checkbox"/>		以下の状態がある場合、摂食嚥下機能障害が潜在している場合があります
<b>A</b> 先行期 食事は楽しいですか <small>(飲食物の形・量・質等の認識のプロセス)</small>		1	上半身が左右や前後に傾く傾向があり、座位の確保が困難である。
		2	頸部が後屈しがちである。
		3	食事を楽しみにしていない。
		4	食事をしながら、寝てしまう。
		5	食べ始められない、食べ始めても頻繁に食事を中断する。食事に集中できない。
		6	食事又はその介助を拒否する。
		7	食事に時間がかかり、疲労する。
		8	次から次へと食べ物を口に運ぶ。
<b>B</b> 準備期 じっくり噛めますか <small>(噛み砕き・食塊形成にするプロセス)</small>		1	口腔内が乾燥している。
		2	口腔内の衛生状態が悪い。
		3	噛むことが困難である。(歯・義歯の状態又は咀嚼能力等に問題がある)
		4	固いものを避け、柔らかいものばかり食べる。
		5	上下の奥歯や義歯が咬み合っていない。
		6	口から食物や唾液がこぼれる。
		7	口腔内に食物残渣が目立つ。
<b>C</b> 口腔・咽頭・食道期 しっかり飲みますか <small>(食塊を口腔から胃まで送るプロセス)</small>		1	食物をなかなか飲み込まず、嚥下に時間がかかる。
		2	食事中や食後に濁った声になる。
		3	一口あたり何度も嚥下する。
		4	頻繁にむせたり、せきこんだりする。
		5	食事中や食後に濁った声に変わる。
		6	食事の後半は疲れてしまい、特に良くむせたり、呼吸音が濁ったりする。
		7	観察時から直近1ヶ月程度以内で、食後又は食事中に嘔吐したことがある。
<b>D</b> 栄養		8	食事の摂取量に問題がある。(拒食、過食、偏食など)

ご相談・機能評価・支援等をご希望の場合は、

西多摩三師会「摂食嚥下機能障害評価・支援協力医療機関」窓口までご連絡下さい。