

摂食・嚥下外来申込書

氏名		性別	男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	年齢	歳
住所			

主な疾患など（丸をつけて下さい）

- 脳卒中 認知症 口・のどなどの疾患 食道の疾患
 胃腸の疾患 呼吸の疾患 心疾患
 高血圧 糖尿病 高脂血症 薬のアレルギー

何か検査をすることになった場合の希望日を教えてください。

- 検査希望日 第1希望____月____日（ ）
 第2希望____月____日（ ）
 第3希望____月____日（ ）

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。

- 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
- やせてきましたか？ A. 明らかに B. わずかに C. なし
- 物が飲み込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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 硬い物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
- 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
- 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
- 食べ物や酸っぱい液が、胃からのどに戻ってくるがありますか？ A. よくある B. ときどき C. なし
- 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
- 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

