

## 資料：摂食・嚥下障害の質問紙

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 男 ・ 女

嚥下の状態（食べ物の飲み込み、食べ物を口から運んで胃まで運ぶこと）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ので、よく読んで、A、B、Cのいずれかに○を付けてください。この2、3年の嚥下の状態についてお答え下さい。

- 1、肺炎と診断されたことがありますか？ A. よくある 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、物が飲みにくいと感じることがありますか？ A. よくある B. とくどき 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、それ以外の時にのどがゴロゴロ（痰が絡んだ感じ）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. たいへん B. わずかに 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、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？ A. たいへん B. わずかに C. なし

計：A. \_\_\_\_\_ /15 B. \_\_\_\_\_ /15 C. \_\_\_\_\_ /15

問診基準：A. 実際に日常生活に支障がある B. 気になる程度 C. 症状なし

判定：A. に一つでも回答があったもの→嚥下障害あり  
B. にいくつかでも回答あり→嚥下障害疑い

文献

大熊るり・他：摂食・嚥下障害スクリーニングのための質問紙の開発.

日本摂食嚥下リハビリテーション会誌 6(1)：3-8, 2002