

■□■摂食・嚥下外来問診票□■□

お手数おかけしますが、お子さんについてご記入ください 記入日 年 月 日

お子さんの名前 _____ 年齢 _____ 歳

◆今回、摂食・嚥下評価外来を受診されるにあたりお困りのことは何ですか？

◆平熱 ℃ ◆身長 cm ◆体重 kg
(最近体重は増えている ・ 減っている ・ 変わっていない)

◆平常時酸素飽和度 %

◆出生について

*在胎週数: 週 日 *出生時体重 g
*乳期間: ・ 母乳 ~ ・ ミルク ~
*特殊なミルクの使用 (なし ・ あり: 内容)

◆お食事について教えてください

(食事のタイミング・回数は生活リズムの欄に記入ください)

*静脈栄養の利用 (なし ・ あり: 利用期間 内容 1日量)

*経腸栄養の利用 (なし ・ あり: 利用期間 内容 1日量)

栄養チューブはどこから入って、どこまで入っていましたか? ()

*経口栄養 (なし ・ あり) ありに該当するお子さんは以下の①~⑩の項目にもご記入下さい

①どのように食べていますか? (自分で ・ 介助で ・ 一部介助 ・ 見守りで)

②食事の姿勢は (抱っこ ・ 車椅子 ・ 椅子 ・ その他)

③使える食具 (スプーン・ フォーク・ はし・ コップ・ ほ乳瓶・ その他)

④食形態

(ミキサー食・ ソフト食・ やわらか食・ きざみ食・ 一口大切り・ その他)

(使用しているトロミ剤: 商品名 とろみ具合)

⑤水分形態 (ゼリー状・ とろみつき・ そのまま・ その他)

(使用しているトロミ剤: 商品名 とろみ具合)

⑥食事にかかる時間はどれくらいですか?

⑦むせはありますか? (なし ・ あり: 食事中、 食事後、 食事以外の時)

⑧食欲はありますか? (なし ・ あり)

⑨好きな食べ物は何か？（ ）

⑩嫌いな食べ物は何か？（ ）

◆生活リズムについて教えてください*睡眠、休息、食事、入浴、活動などの時間帯がわかるように記入ください

6時	12時	20時

◆内服薬について（なし ・ あり：内容 ）

◆アレルギーはありますか？（なし ・ あり 食物： ）
薬： ）

◆排便習慣について（毎日 ・ 日毎 ・ 薬を使用して 日毎 ）

◆よだれはでますか？（なし ・ あり）

◆てんかん発作はありますか？（なし ・ あり）
ありの方はどのような発作と頻度ですか？
（ ）

◆呼吸について教えてください
*吸引が必要ですか？（いいえ ・ はい：頻度 ）
*誤嚥性肺炎になったことがありますか？（いいえ ・ はい：頻度 ）

◆麻痺の有無（なし ・ あり： 右上肢 、 左上肢 、 右下肢 、 左下肢 ）

◆筋肉の緊張はありますか？（なし ・ あり：体の部分 ）

◆側弯がありますか？（なし ・ あり）

◆好きな遊びやキャラクターがあれば教えてください
（ ）

◆これまでに他の施設で、摂食、嚥下の検査や訓練を受けたことはありますか？
（なし ・ あり :いつ ）
内容 ）