

嚥下造影検査入院(食事内容確認表)

第1、3月曜日(祝日の場合は次週月曜日)で入院希望日をご記載下さい。(AM9:00受付となります)

第一希望日	第二希望日	第三希望日
-------	-------	-------

記載日	フリガナ	性別	生年月日	年齢
年 月 日	名前	男・女	T S H	

現在の居住場所	自宅 ・ 施設() ・ その他()
---------	---------------------

現在の食事形態	主食	普通 ・ 軟飯 ・ 全粥 ・ ミキサー
	副食	固形 ・ 一口大 ・ 刻み ・ ミキサー ・ ゼリー
	水分	トロミなし ・ トロミあり(薄め ・ 中間 ・ 濃いめ)

摂取量	全量 ・ 3/4 ・ 1/2 ・ 1/4 ・ 摂取なし
-----	-----------------------------

食事時間	10分以内 ・ 20分以内 ・ 30分以内 ・ 30分以上
------	-------------------------------

1、ここ1ヶ月のうちに痩せてきましたか？	A.明らかに	B.わずかに	C.なし
2、物が飲み込みにくいと覚めることはありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
3、食事中にむせることはありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
4、お茶を飲むときにむせることはありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
5、食事中や食後、それ以外の時にものどがゴロゴロ(痰が絡んだ感じ)することがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
6、のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
8、口の中に食べ物が残ることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし
9、夜、たんで寝られなかったり、目覚めることがありますか？	A.しばしば	B.ときどき	C.なし

その他	
-----	--