

質問紙 スコア評価式



氏名				年	月	日
年齢	歳	身長	cm	体重	kg	
回答者	本人	・	配偶者	・	()	

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）の状態について評価します。
以下の質問について、ここ2、3年から最近の状態で該当する項目（A、B、C）にチェック（）してください。

	A(4点)	B(1点)	C(0点)
1. 肺炎と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 繰り返す	<input type="checkbox"/> 一度だけ	<input type="checkbox"/> なし
2. やせてきましたか？	<input type="checkbox"/> 明らかに	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
3. 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
4. 食事中にむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
6. 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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がありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
14. 夜、咳で眠れなかったり、目覚めることがありますか？	<input type="checkbox"/> しばしば	<input type="checkbox"/> ときどき	<input type="checkbox"/> なし
15. 声がかすれてきましたか？（がらがら声、かすれ声など）	<input type="checkbox"/> たいへん	<input type="checkbox"/> わずかに	<input type="checkbox"/> なし
計算方法 (Aの数×4点) + (Bの数×1点) + (Cの数×0点)	____ 個×4 = ____ 点	____ 個×1 = ____ 点	____ 個×0 = ____ 0点
合計(A+B+C)	____ 点		

結果(点数)	評価
8点以上	摂食嚥下障害の疑いがあります。医師や歯科医師に相談してください。
4点以上	オーラルフレイルの疑いがあります。かかりつけ医に相談しましょう。