

質問紙 スコア評価式 5問

Swallow-5

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 物が飲み込みにくと感じることがありますか？	☐ しばしば	☐ ときどき	☐ な し
2 食事にむせることがありますか？	☐ しばしば	☐ ときどき	☐ な し
3 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？	☐ しばしば	☐ ときどき	☐ な し
4 食べるのが遅くなりましたか？	☐ たいへん	☐ わずかに	☐ な し
5 口の中に食べ物が残ることがありますか？	☐ しばしば	☐ ときどき	☐ 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
3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。