

嚥下評価シート

記入日： 2023/6/25

ID： 999999

氏名：千曲太郎

様

年齢： 88

一次嚥下評価シート

1. 絶食	<input checked="" type="checkbox"/> あり (3 日間) <input type="checkbox"/> なし 理由： <input type="checkbox"/> 治療上の問題 <input type="checkbox"/> 意識レベルの低下 <input checked="" type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎のリスク <input type="checkbox"/> その他 ()
2. 経口摂取移行の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

二次嚥下評価シート (※ 2. で「あり」となった者のみ行う)

3. 誤嚥性肺炎の既往	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [前回の発症日 2023 年 3 月 15 日]
4. 嚥下障害を起因する基礎疾患	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 基礎疾患： <input checked="" type="checkbox"/> パーキンソン病 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 嚥下機能に影響する薬剤の服用	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし [薬剤名：]
6. 意識障害 (JCS II 桁以上)	<input checked="" type="checkbox"/> あり (JCS 10) <input type="checkbox"/> なし
7. 吸痰の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
8. 食への意欲	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
9. BMI 18.5	<input type="checkbox"/> 以上 (BMI 17.2) <input checked="" type="checkbox"/> 未満 ()
10. 入院前から嚥下障害あり (嚥下調整食・とろみ剤の使用)	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし [食形態： 水分とろみ：]
11. 座位保持 (自分で食事姿勢をとる)	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない
12. NST介入の必要性	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし