

CTAR・シェーカー法 実施記録シート

患者 ID		評価日	
評価者		場所	

1. 実施前チェック：方法を選ぶ前に確認する

<input type="checkbox"/> 座位が安定し CTAR を試せる	<input type="checkbox"/> 仰臥位が安定し頭部挙上が可能	<input type="checkbox"/> 頸部痛・めまい・呼吸苦なし
<input type="checkbox"/> 顎下に疲労感が出る	<input type="checkbox"/> 肩すくめ・息こらえが少ない	<input type="checkbox"/> むせ・湿性嘔声の増悪なし
<input type="checkbox"/> 痛み増悪なら中止	<input type="checkbox"/> 代償が強ければ負荷を下げる	<input type="checkbox"/> 迷う時は主治医・ST に確認

2. 実施記録：量・反応・代償・次回方針をそろえて残す

訓練	設定・実施量	RPE / 痛み	症状・代償 / 次回方針
<input type="checkbox"/> CTAR	等尺： 秒 × 回 × セット _____	RPE： 痛み： /10	むせ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 湿声： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 代償： _____ 次回： _____
<input type="checkbox"/> CTAR	反復： 回 × セット _____	RPE： 痛み： /10	症状・反応： 次回： <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増量 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 中止
<input type="checkbox"/> シェーカー	等尺： 秒 × 回 / 反復： 回 _____	RPE： 痛み： /10	頸部痛： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 肩すくめ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 次回： _____
<input type="checkbox"/> その他	内容： _____	RPE： 痛み： /10	所見・申し送り： _____

3. 中止・見直し基準

- 頸部痛が増悪しフォーム維持困難
- めまい・吐き気・強い不快感
- 息切れ・呼吸苦・SpO2 低下
- 肩すくめ・胸鎖乳突筋優位が強い
- むせ・湿性嘔声・発熱傾向が増える

4. 再評価メモ

比較条件：食形態・姿勢・時間帯・体調をそろえる
