

# 聖隷式嚥下質問紙 陽性後記録シート

判定方式・情報源・食事場面観察・次の一手を1枚でそろえる

患者 ID / 氏名	評価日	評価者	判定方式・情報源
------------	-----	-----	----------

## 1. 実施前にそろえる条件

- |                               |                               |                                 |                                 |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入院時  | <input type="checkbox"/> 肺炎後  | <input type="checkbox"/> 食形態変更時 | <input type="checkbox"/> 食事量低下時 |
| <input type="checkbox"/> 本人回答 | <input type="checkbox"/> 家族情報 | <input type="checkbox"/> 介護者情報  | <input type="checkbox"/> 観察で補完  |

食形態・姿勢・口腔・覚醒・呼吸など、判定に影響する条件をメモ：

## 2. 判定と陽性後の次の一手

判定方式・結果	気になる所見	次の一手	担当・期限
<input type="checkbox"/> Aあり <input type="checkbox"/> スコア化 結果： _____	<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 湿性嚙声 <input type="checkbox"/> 残留 <input type="checkbox"/> 食事量低下 _____	<input type="checkbox"/> 食事場面観察 <input type="checkbox"/> ST 相談 <input type="checkbox"/> 簡易テスト <input type="checkbox"/> VE / VF 検討 _____	担当： 期限： _____
メモ： _____	その他： _____	方針： _____	再評価日： _____

## 3. 食事場面の観察メモ

観察項目	チェック	所見・解釈メモ
むせ・咳嗽反応	<input type="checkbox"/> あり	_____
湿性嚙声・声の変化	<input type="checkbox"/> あり	_____
口腔内残留・疲労	<input type="checkbox"/> あり	_____
呼吸状態・SpO2 変化	<input type="checkbox"/> あり	_____
食形態・介助条件	<input type="checkbox"/> あり	_____

## 4. 自己記入が難しい場合・再評価メモ

分岐 <input type="checkbox"/> 他者情報で補完 <input type="checkbox"/> 観察優先 <input type="checkbox"/> 専門職評価へ	情報源・根拠・再評価日 _____ _____ _____ _____
--	---