

# 食事支援シート (摂食・嚥下機能評価)

病名

\* 口腔機能評価必須外項目は評価実施医師  
または歯科医師が記入してください。

発症日

		受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
		発症後											
環境	口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい
	姿勢	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上
	義歯	有 (使用・未使用)	無	有 (使用・未使用)	無	有 (使用・未使用)	無	有 (使用・未使用)	無	有 (使用・未使用)	無	有 (使用・未使用)	無
食事の状況		a. 食べようとしない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある		b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる		c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い		d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい					
		a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.								
観察項目	食事形態(主食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事形態(副食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事に要する時間												
	飲水量(1日)			ml				ml				ml	
	トロミ	要	不要	要	不要	要	不要	要	不要	要	不要	要	不要
	尿量	変化なし	減少	変化なし	減少	変化なし	減少	変化なし	減少	変化なし	減少	変化なし	減少
	食事の自立度	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助
	食事の摂取方法	経口	一部経口	経管	(胃瘻/チューブボタン 経鼻)	経口	一部経口	経管	(胃瘻/チューブボタン 経鼻)	経口	一部経口	経管	(胃瘻/チューブボタン 経鼻)
	補助栄養	有 ( )	無	有 ( )	無	有 ( )	無	有 ( )	無	有 ( )	無	有 ( )	無
口腔機能評価 必須項目	唾液・痰の状況	良	不良	良	不良	良	不良	良	不良				
		<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる				
		<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある 多い				
	声の状態	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声
	口腔乾燥	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	食物残渣	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	舌苔	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	口臭	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	舌の動き	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下
	随意的な咳	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない
発熱	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	
総合評価・注意点													
次回までの課題													
口腔機能評価 必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回								
	咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日								
	水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日								
	フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日								
	VE(嚥下内視鏡)	月 日	月 日	月 日	月 日								
	VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日								
所属													
評価者													

# 食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

\* □腔機能評価必須外項目は評価実施医師  
または歯科医師が記入してください。

発症日

		受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
		発症後											
環境	口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい
	姿勢	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上
	義歯	有(使用・未使用)	無		有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無			
食事の状況		a. 食べようとしていない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある		b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる		c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い		d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい					
		a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.								
観察項目	食事形態(主食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事形態(副食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事に要する時間												
	飲水量(1日)			ml				ml					ml
	トロミ	要	不要		要	不要		要	不要		要	不要	
	尿量	変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少	
	食事の自立度	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助
	食事の摂取方法	経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管	
	(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)			(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)					
補助栄養	有( )	無		有( )	無	有( )	無	有( )	無				
□腔機能評価	必須項目	唾液・痰の状況	良	不良	□ 流涎	□ 唾液が口の中に溜まる	□ むせる	□ 痰 時々ある 多い					
			良	不良	□ 流涎	□ 唾液が口の中に溜まる	□ むせる	□ 痰 時々ある 多い					
			良	不良	□ 流涎	□ 唾液が口の中に溜まる	□ むせる	□ 痰 時々ある 多い					
			良	不良	□ 流涎	□ 唾液が口の中に溜まる	□ むせる	□ 痰 時々ある 多い					
	声の状態	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声
	口腔乾燥	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	食物残渣	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	舌苔	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	口臭	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	舌の動き	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下
随意的な咳	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	
発熱	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	
総合評価・注意点													
次回までの課題													
□腔機能評価	必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回							
		咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日							
		水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日							
		フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日							
		VE(嚥下内視鏡)	月 日	月 日	月 日	月 日							
		VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日							
所属													
評価者													



# 食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名  
発症日

\*口腔機能評価必須外項目は評価実施医師  
または歯科医師が記入してください。

		受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日							
		発症後											
環境	口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい
	姿勢	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	チルド式車椅子	ベッド上
	義歯	有(使用・未使用)	無		有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	
食事の状況		a. 食べようとし ない e. 上をむいて飲もうとする i. 食後によく咳が出る m. 食事中にむせる事がある			b. 少しずつしか食べない f. 鼻から飲食物が出てしまう j. 食後に声が変わる			c. 食べ物を詰め込みすぎる g. 食べ物が口の中に残る k. 食事を残す事が多い			d. 口から食べ物がこぼれる h. 喉がゼロゼロしている l. 嘔吐しやすい		
		a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.								
観察項目	食事形態(主食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事形態(副食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
	食事に要する時間												
	飲水量(1日)			ml				ml					ml
	トロミ	要	不要		要	不要		要	不要		要	不要	
	尿量	変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少	
	食事の自立度	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助
	食事の摂取方法	経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管		経口	一部経口	経管	
		(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)			(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)				(胃瘻/チューブ・ボタン 経鼻)
補助栄養	有( )	無		有( )	無	有( )	無	有( )	無	有( )	無		
口腔機能評価 必須項目	唾液・痰の状況	良	不良		良	不良		良	不良		良	不良	
		<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎			<input type="checkbox"/> 流涎		
		<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる		
		<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる			<input type="checkbox"/> むせる		
	声の状態	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声
		<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	多い		<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	多い		<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	多い		<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	多い	
	口腔乾燥	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
		ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
	舌苔	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
		ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
口臭	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下	
	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	
発熱	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	
総合評価・注意点													
次回までの課題													
口腔機能評価 必須外項目	反復唾液嚥下テスト	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回	月 日 回							
	咳テスト	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
	水飲みテスト	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
	フードテスト	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
	VE(嚥下内視鏡)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
	VF(嚥下造影)	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日							
所属 評価者													