

## 聖隷式嚥下質問紙

氏名： 年齢： 歳 男 ・ 女

回答者： 本人 ・ 配偶者 ・ ( )

年 月 日

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）の状態についていくつかの質問をいたします。ここ2, 3年のことについてお答え下さい。

いずれも大切な症状ですので、よく読んでA, B, Cのいずれかに丸をつけて下さい。

1. 肺炎と診断されたことがありますか？ A.繰り返す B.一度だけ C.なし
2. やせてきましたか？ A.明らかに B.わずかに C.なし
3. 物が飲み込みにくいと感じることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
4. 食事中にむせることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
5. お茶を飲むときにむせることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
6. 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？ A.しばしば B.ときどき C.なし
7. のどに食べ物が残る感じがすることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
8. 食べるのが遅くなりましたか？ A.たいへん B.わずかに C.なし
9. 硬いものが食べにくくなりましたか？ A.たいへん B.わずかに C.なし
10. 口から食べ物がこぼれることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
11. 口の中に食べ物が残ることがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
12. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくるこ  
とがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
13. 胸に食べ物が残ったり、つまった感じがするこ  
とがありますか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
14. 夜、咳で眠れなかったり目覚めることがありま  
すか？ A.しばしば B.ときどき C.なし
15. 声がかすれてきましたか？  
(がらがら声、かすれ声など) A.たいへん B.わずかに C.なし