



No.( )

## 摂食嚥下・食事

実際の状況：

年 月 日 所属：

記載者：

|                                                                                                                                                                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 配膳・片付け <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 未実施( )           |  |
| 内容                                                                                                                                                                   |  |
| 食事方法 <input type="checkbox"/> 自立 【箸・スプーン・フォーク】 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 代替栄養 |  |
| 内容                                                                                                                                                                   |  |
| 環 境 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と <input type="checkbox"/> 友人と <input type="checkbox"/> その他( )                                            |  |
| 内容                                                                                                                                                                   |  |
| 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )             |  |
| 内容                                                                                                                                                                   |  |

摂食嚥下・食事に関する課題：

年 月 日 所属：

記載者：

|                                 |                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 意 欲    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや低下 <input type="checkbox"/> 低下 <input type="checkbox"/> なし                                                                             |
| <input type="checkbox"/> 食 欲    | <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> やや多 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少ない <input type="checkbox"/> なし<br>( )                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 姿 勢    | <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> 車椅子座位 <input type="checkbox"/> 椅子座位 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 食事姿勢について ( )                                                      |
| <input type="checkbox"/> 持 久 性  | <input type="checkbox"/> 食事時間 ( ) 分 → <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難・疲労<br>( )                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> 認知機能障害 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> 嚥下障害   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【むせ・咳込み・嘔声・反射遅延・反射遅延・その他<br>( )                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> 歯の状態   | <input type="checkbox"/> 歯の問題なし <input type="checkbox"/> 歯の問題あり→【部分義歯・総義歯・インプラント】<br>( )                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> 咀嚼障害   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→【口渇・感覚障害・口唇・歯列・舌・その他】<br>( )                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> 栄養方法   | 主食：米飯・軟飯・全粥・ミキサー・その他 ( )<br>副食：普通・一口大・キザミ・ソフト・ミキサー・その他 ( )<br>水分：とろみなし・薄い・中間・濃い・その他 ( )<br>補助栄養：ドリンク・ゼリー・その他 ( )                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> 食習慣    | <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 偏食 <input type="checkbox"/> 少食 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 1日( )食 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 食物アレルギー ( ) |

専門用語や略語は使用せず、一般の方や他職種の方にもわかる表現で記載してください。

神奈川 POST 2025 年 6 月