

食形態・とろみチェックシート（個人時系列評価用）

※記入方法:該当するものに○や☑を入れコメント入力してください。

※このシートは食べている状況を把握し『現在の食形態・とろみで良いのか?』を検討するための一助になればと考えて作成しました(☑が付いたからすぐに食下げではありません)。

所属:		記載日: 月 日 (朝食・昼食・夕食)				
対象者氏名: 介助: 有・無		記載者:	記載者:	記載者:	記載者:	記載者:
食形態(食形態マップのコード)を記載して下さい。	主食					
	副食					
とろみの有無		有・無 (薄い・中間・濃い)	有・無 (薄い・中間・濃い)	有・無 (薄い・中間・濃い)	有・無 (薄い・中間・濃い)	有・無 (薄い・中間・濃い)
摂食嚥下機能	1お茶や汁物でむせている ☆	<input type="checkbox"/> 時々・頻回				
	2.食べ物でよくむせている ☆★	<input type="checkbox"/> 時々・頻回 (むせた物:)				
	3.一口当たり何度も飲み込む ☆★	<input type="checkbox"/>				
	4.食べると喉がゴロゴロする *☆☆	<input type="checkbox"/>				
	5.いつまでも口の中に食べ物が残っている *☆☆	<input type="checkbox"/>				
	6.呼吸の乱れや37℃以上の発熱がみられる *☆☆	<input type="checkbox"/>				
必要栄養量	7.食べ物に反応せず口を開けてくれない (介助を拒否する) ★	<input type="checkbox"/>				
	8.1回の食事時間内(30分程度)に5割程度も食べられない	<input type="checkbox"/>				
能力	9.食べこぼすことが多い ★	<input type="checkbox"/>				
	10.一口のペースが速すぎる (次々と口に入れる・丸飲みしている) ★	<input type="checkbox"/>				
特記事項記載欄						

補足 *→不顕性誤嚥(むせない誤嚥)の可能性が高い項目 ☆→とろみを検討項目 ★→食下げを検討項目

食上げ→原則:チェックが無い場合は1段階ずつ食上げ可能。随時評価を実施して行く。

方法:チェックが1つもつかない状態が1週間以上続いた場合、1〜2品ずつ食形態を上げ再度チェックシートで観察する。

チェックが入った場合は元の食形態に戻し経過観察を行う。

※むせの頻度:1回の食事時間中に 1・2回むせる…時々 3回以上むせる…頻回