

経口移行訓練開始のためのチェック表

作成日 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 年 月 日

カルテNo. \_\_\_\_\_

入院年月日 年 月 日

基礎疾患	原疾患の発症年月日	開始時の意識レベル
脳出血 脳梗塞 認知症 その他 ( )	年 月 日	JCS ( ) *変動のある方は その時の JCS も記入 ( )

チェック項目	ある	ない	点数	備考
喉がゴロゴロいう感じがある (痰がらみがある)	*			
流涎がある	*			
口唇に触れると口を開ける		*		
口唇に触れると口を閉じる		*		
口腔ケア時に水分を舐める動作がある		*		
口腔ケア時に水分を飲み込む動作がある		*		
追視がある		*		
声かけに反応がある		*		
頸部がかたい (頸部硬直がある)	*			
経口摂取中止期間 中止年月日 ( )	1 年半 未満	*1 年半 以上		
胃瘻造設年月日 ( 年 月 日) 造設病院名 ( )				
*印・・・0 点 印なし・・・1 点 判断がつかない・・・0.5 点	合計点数			

チェック者 \_\_\_\_\_

評価 上記チェック内容から評価した結果、経口移行訓練を開始することが  
( 可能 不可能 ) である。

摂食・嚥下リハビリテーションを ( 開始する 開始しない )

担当医師 \_\_\_\_\_

医療法人誠心会 吉田病院 摂食・嚥下 NST 委員会