

# 摂食・嚥下障害チェックシート

1 食事中にむせる  
ことがある



2 唾液が  
口の中にたまる



3 飲み込むのに  
苦労することがある



4 固いものが噛み  
にくくなつた



5 舌に白い苔のような  
ものがついている



6 声が変わつた  
(がらがら声や鼻に  
抜ける声)



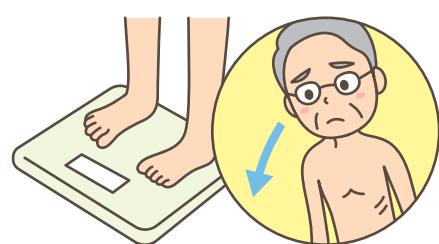
7 よく咳をする



8 食事を残すことが多い  
(食べる量が減つた)



9 体重が減つた  
(この1ヵ月5%以上  
半年で10%以上)



ひとつでもチェックが入れば歯科医師に相談ください。



公益社団法人 神戸市歯科医師会

〒650-0021 神戸市中央区三宮町2丁目 11-1-514 センタープラザ西館 5F

TEL (078) 391-8020 FAX (078) 391-6480