

☆ 食支援評価表 ☆

記入日 施設種別 在宅系 施設・入所系 記入なし

記入者

氏名 生年月日 年齢 性別

要介護度 身長 cm 体重 kg

食事の状態 ご飯 普通 軟飯 粥 ミキサー 記入なし

↳ 粥の状 分

おかず 普通 軟菜 きざみ みじん パーセント 記入なし

水分 トロミ 有 無 記入なし

↳ 状態

↳ 銘柄

治療食 有 無 記入なし

↳ 治療食

1回摂取量 全量 3/4 2/4 1/4 なし 記入なし

1回食事時間 10分以内 20分以内 30分以上 その他 記入なし

↳ 分

義歯 義歯 無(自歯 有) 無(自歯 無) 部分(上義歯) 部分(下義歯) 総義歯 記入なし

義歯の不具合 有 無 記入なし

口腔衛生状 口腔衛生状態 良好 不十分 不良 記入なし

↳ 不十分な内

舌苔 乾燥 出血
 口臭 残根歯 その他

その他記述

歯みがき 歯みがき 自立 一部介助(うがい出来る) 一部介助(うがい出来ない) 全介助(うがい出来る) 全介助(うがい出来ない) 記入なし

認知症 有 有(意思表示できない) 有(食への意欲なし) 有(指示の理解不足)
 有(覚醒の状態:覚醒) 有(覚醒の状態:傾眠) 無

既往症 脳血管疾患 パーキンソン病 誤嚥性肺炎 精神疾患 その他

その他_記述

麻痺 麻痺 有(右) 有(左) 無 記入なし

↳ 有の状態

摂食姿勢 摂食姿勢 椅子 車椅子 端座位 ギャジアップ 記入なし

↳ 度

摂食方法

摂食方法

自立 見守り 一部介助 全介助 記入なし

むせ

むせ

有（水分・お茶でむせる） 有（食べ始めのむせ） 有（途中からむせる）
 有（続けて飲み込もうとするとむせる） 無

特記事項
（上記の
補足説明）

①以前に比べて食事に時間がかかるようになりましたか

はい いいえ 記入なし

②最近やせてきましたか

はい いいえ 記入なし

③大きく口を開けられますか

はい いいえ 記入なし

④食べ残しが増えましたか

はい いいえ 記入なし

⑤食べ物が口からこぼれますか

はい いいえ 記入なし

⑥堅い物が食べにくくなりましたか

はい いいえ 記入なし

⑦飲み込みにくくなりましたか

はい いいえ 記入なし

⑧飲み込んだ物が口に残ることがありますか

はい いいえ 記入なし

⑨食後に痰のごろつきがありますか

はい いいえ 記入なし

⑩食物アレルギーはありますか

はい いいえ 記入なし

⑪飲んでいる薬がありますか

はい いいえ 記入なし

⑫かかりつけ医がおられますか

はい いいえ 記入なし

↓ 医院名

⑬かかりつけ歯科医がおられますか

はい いいえ 記入なし

↓ 医院名

⑭かかりつけ薬局がありますか

はい いいえ 記入なし

↓ 薬局名

特記事項
（①～⑭の
補足説明）