◆表　嚥下訓練指示せん及び実施記録（案）

患者名		男・女	歳	指示日	年　月　日	医師名	

指示内容等

①疾患 ： 嚥下困難、嚥下障害、脳血管疾患（　　）、後遺症（　　）

②目的 ： 残存能力維持のため、誤飲防止のため、食事介助軽減のため、（　　）

③実施日および実施時間帯

毎週　曜日　午後　時　分 ～ 時　分まで

④その他留意点

嚥下訓練実施記録		
【実施日、実施時間】	【実施者】	【指導内容、経過等留意点】
実施日　月　日 実施時間 時　分 ～ 時　分		□ 開口 （ － ± ＋ ）
		□ 頚部の運動 （ － ± ＋ ）
		□ 舌の運動 （ － ± ＋ ）
		□ 顔面運動 （ － ± ＋ ）
		□ 口唇運動 （ － ± ＋ ）
【備考欄】 留意点および医師へのコメント等		□ 流涎 （ － ± ＋ ）
		□ 体幹角度 （ － ± ＋ ）
		□ 介助の有無 （ － ± ＋ ）
		□ 食物の取り込み （ － ± ＋ ）
		□ 咀嚼運動 （ － ± ＋ ）
		□ 口唇からのこぼれ （ － ± ＋ ）
		□ むせの有無 （ － ± ＋ ）
		□ 水分 （ － ± ＋ ）
		□ 泥状物 （ － ± ＋ ）
		□ ゼリー状物 （ － ± ＋ ）
		□ 固形物 （ － ± ＋ ）
		□ 飲み込んだ後の声の変化 （ － ± ＋ ）
		□ 喉頭の動き （ － ± ＋ ）
		□ その他 （ － ± ＋ ）