

チェックシート

質 問	チェック欄 ※あてはまる方に ○を付けてください
食事中や食後、それ以外にむせることがありますか？	はい ・ いいえ
水分を一回で飲み込めなかったり、水分を取るときにむせることがありますか？	はい ・ いいえ
痰がからむことが多いですか？	はい ・ いいえ
食べるのが遅く時間がかかりますか？	はい ・ いいえ
食べこぼしが多いですか？	はい ・ いいえ
口の中に食べ物が残ることがありますか？	はい ・ いいえ
声が以前と変わってきたり、かすれたりしていますか？	はい ・ いいえ
最近、体重の減少が続いていますか？	はい ・ いいえ
飲み込みづらさを感じますか？	はい ・ いいえ
のどに食べ物が残る感じがありますか？	はい ・ いいえ
胸に食べ物がつまったように感じるありますか？	はい ・ いいえ
食べ物や酸っぱい液が胃から喉に戻ってくることがありますか？	はい ・ いいえ



検査を受けて
みたら？

一つでも「はい」に○がついたら

裏面(3ページ)の「検査申込書」に
必要事項を記入して
センターに送ってください



ときどき
むせるな

むせることはありませんか？ 食べたり、飲んだりは うまくなりますか？

近頃 むせたり
食べこぼしが
増えてきたわ...



放っておくと誤嚥性肺炎を引き起こすかもしれません

●対象●
練馬区民
要介護1~5
(相当)の方

練馬区の無料検査を受けましょう！

摂食・えん下機能支援センター

へお申し込み
ください！

申し込み方法はかんたん！

<チェックシート・申込書・封筒はこの用紙に付いています。>

1 チェック

チェックシートの質問で「はい」が1つでもついたら

2 送る

検査申込書を摂食・えん下機能支援センターに送る

3 検査する

区内の協力歯科医師が

ご自宅に『訪問(※)』して無料で『お口の検査』

※歯科医院でもできます。

をしてくれます。

『摂食・えん下機能支援事業』
って？

練馬区では
飲み込むことにお困りの方に対して、
適切な指導や治療を行い、誤嚥性肺炎
等を防ぐための事業を行っています。



自分の口から食べて
健康な生活を
送しましょう。

■お問い合わせ・申し込み先

摂食・えん下機能支援センター

練馬区役所東庁舎3階

〒176-0012 練馬区豊玉北6丁目12-1

電話 03-5984-5843

FAX 03-3993-2500

メール nerimaenge@theia.ocn.ne.jp

検査の流れ

1 **摂食・えん下機能をチェック**
「チェックシート」(4ページ)を使用し、ご自身かご家族、あるいは医師・リハビリ専門職(※)看護師・薬剤師等の医療専門職、ケアマネジャー、介護専門職が行います。
(※言語聴覚士、理学療法士、作業療法士)

2 **検査の申し込み**
チェックの結果、1項目でも「はい」に○が付いた場合、「摂食・えん下機能支援センター」(以下「センター」)に、検査をお申し込みください。
右ページ(3ページ)の「検査申込書」に必要事項を記入、切り離してから貼付の封筒に入れて投函してください。

3 **申込受付および検査日の調整**
「センター」が申込みを受け付け、評価医(区内の歯科医師)に検査を依頼します。その後、評価医から日程について相談があります。

4 **評価医(区内の歯科医師)による無料検査**
評価医がご自宅へ訪問、または評価医の診療所にて検査をします。30分程度で終わります。
検査内容は①水飲みテスト、②舌の力の測定、③咳テスト、④口のまわりの動きの確認、⑤噛む力のテスト、⑥握力測定 など

5 **検査結果の通知**
センターから、「異常なし」「軽度の異常あり」「異常あり」の3段階で通知が届きます。
「検査結果」を参考に、必要に応じてその後の予防や治療にお役立てください。

一つでも「はい」に○が付いたらお申込みください

チェックシート	
質問	チェック欄 (※添てはまる方に○を付けてください)
食事中や食後、それ以外にむせることがありますか?	はい ・ いいえ
水分を一回で飲み込めなかったり、水分を取るときにむせることがありますか?	はい ・ いいえ
痰がからむことが多いですか?	はい ・ いいえ
食べるのが遅く時間がかかりますか?	はい ・ いいえ
食べこぼしが多いですか?	はい ・ いいえ
口の中に食べ物が残ることがありますか?	はい ・ いいえ
声が以前と変わってきたり、かすれたりしていますか?	はい ・ いいえ
最近、体重の減少が続いていますか?	はい ・ いいえ
飲み込みづらさを感じますか?	はい ・ いいえ
のどに食べ物が残る感じがありますか?	はい ・ いいえ
胸に食べ物がつまったように感じることがありますか?	はい ・ いいえ
食べ物や酸っぱい液が胃から喉に戻ってくることがありますか?	はい ・ いいえ

176-8701

練馬区豊玉北6-12-1
練馬区役所東庁舎3階(練馬つつじ歯科診療所内)
摂食・えん下機能支援センター 行
摂食・えん下機能支援事業申込書 在中

〒176-0012
練馬区
丁目 番地 号
マンション・アパート名 部屋番号
様

↑差出人のご住所、お名前をご記入ください

切り取り線
右の用紙の両面に必要事項を記入し、「切り取り線」より切り離し貼付の封筒に入れ投函してください。(切手不要)

摂食・えん下機能支援センター宛て

検査申込書

申込年月日 年 月 日

フリガナ		年齢		性別		要介護度	
本人氏名		生年月日	大正・昭和	年	月	日	
住 所	〒			電話番号			
代理人氏名 (※代筆の場合、 ご記入ください)		続柄		電話番号			
主な病気 認知症 ☐ 脳卒中 ☐ 糖尿病 ☐ パーキンソン病 ☐ その他 ()							
かかりつけ医療機関名		かかりつけ医氏名					

この検査を申し込んだきっかけは
医師・看護師・ケアマネ・()の紹介/その他 ()

検査結果を下欄の者へも送付することに同意する。 ☐ (同意する場合は ☒ チェックしてください)

宛先 住所

検査にあたり伝えたいこと

「摂食・えん下機能支援事業」の趣旨に同意し、評価医による検査を申込みれる場合は、上欄の「検査申込書」に必要事項の記入をお願いいたします。ご本人が自署できない場合は、代理の方がご記入ください。
必要事項の記入が済みましたら、貼付の封筒に入れ「摂食・えん下機能支援センター」宛てにお送りください。切手は不要です。

【問い合わせ先】
摂食・えん下機能支援センター
〒176-0012
練馬区豊玉北6-12-1 練馬区役所東庁舎3階(練馬つつじ歯科診療所内)
電話 03-5984-5843 FAX 03-3993-2500

No.	受領 /	Dr.	送付 /
-	受領 /	結果	送付 /