

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がありますか？	はい ・ いいえ



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



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」
をしてくれます。**
- ※歯科医院でもできます。

「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
送りたい。

■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。

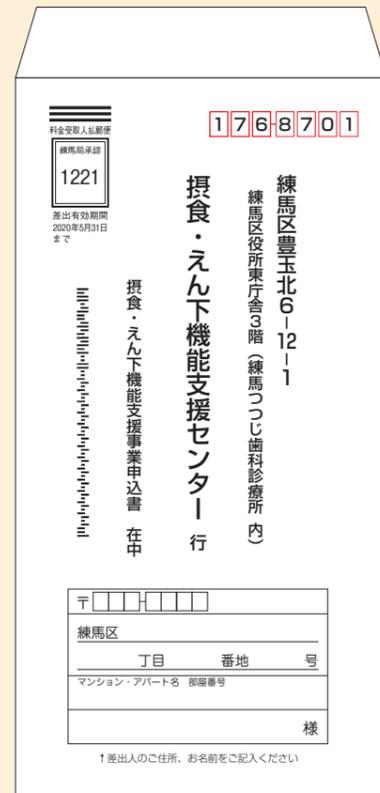
3 **申込受付および検査日の調整**
 「センター」が申込みを受け付け、評価医(区内の歯科医師)に検査を依頼します。その後、評価医から日程について相談があります。

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 <small>※あてはまる方に○を付けてください</small>
食事中や食後、それ以外にお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、水分を取るときにお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がありますか?	はい・いいえ



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		年齢		性別		要介護度	
住 所	〒	生年月日	大正・昭和		年	月	日
		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 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> パーキンソン病 <input type="checkbox"/> 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まれる場合は、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 /