

摂食嚥下等障害対応支援事業 事前調査票

施設名		年 月 日 現在
記入者	(職種)	(氏名)
1 採用している食事の形態		
主食： <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> その他()		
副食： <input type="checkbox"/> ゼリー状 <input type="checkbox"/> ペースト状 <input type="checkbox"/> ゲル(ジェル)状 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ食(とろみの有・無)/(カットサイズ mm) <input type="checkbox"/> 補助栄養の有()・無 <input type="checkbox"/> その他、施設で採用している食事の形態について []		
2 水分摂取の方法		
増粘剤：施設で常時使用している物()		
その他：お茶ゼリー(ゼラチン・かんてん)		
3 口腔ケアの内容		
回数：()回/日		
いつ： <input type="checkbox"/> 起床時 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> その他()		
〈口腔ケアに使用する物品〉		
4 栄養管理		
標準の摂取熱量の設定()kcal/日 以上		
必要摂取水分量の設定()ml/日 以上		
5 摂食嚥下について施設内で取り組み(食前体操、委員会等)		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		