

嚥下機能検査・嚥下リハビリテーション説明同意書

患者氏名:

性別:

I D :

生年月日:

年齢:

病名:嚥下障害

誤嚥とは、脳神経の機能障害や咽頭喉頭の機能障害、加齢変化などの様々な原因から、食物や唾液や胃液が誤って気道内に入ることです。その結果、誤嚥性肺炎を惹き起こす可能性があります。今回、誤嚥の疑いがあるので、飲み込みの機能を検査します。

(年 月 日)に画像検査を行います。

嚥下内視鏡検査(VE):鼻腔より内視鏡(ファイバースコープ)を挿入し、着色水を飲んで頂き、実際に気管内に着色水が入らないか、のど(咽頭)に残らないか、喉頭の知覚等で兵頭スコアを調べる検査をします。

嚥下造影検査(VF):レントゲン透視室(TV透視室)で、液体やトロミをつけた造影剤や食べ物を飲んで頂き、のどの動きと、気管に入らないかを検査します。検査で使用する造影剤が、アレルギー等で使用できない場合が稀にあります。

嚥下訓練:上記の検査結果から、嚥下機能を向上させ安全に食事が出来るように嚥下訓練として、摂食機能療法を行い、所定の保険点数が算定されます。

危険性:検査や訓練は、液体や食物を飲んでいただくため、誤嚥する可能性が有ります。誤嚥しても速やかにムセで咳をして出せれば気管から肺に入ることを防ぐことが出来ますが、ムセが起きにくい方や、咳の力が弱い方は、窒息や誤嚥性肺炎を発症して、場合により死亡する場合があります。

検査結果等を個人情報に配慮して学会発表に使用する場合があります。上記の内容を説明いたしました。

医師:西山耕一郎

同意書

西山耳鼻咽喉科医院 院長殿

上記の内容について同意します。

年 月 日 署名

本人以外の場合は本人との関係()

西山耳鼻咽喉科医院嚥下障害問診表 202 , , .

氏名: _____ 年齢: _____ 歳。 男・女 ☒ 年 月 日

住所: _____ 電話番号: _____ 同席可能な方: _____

体温: _____ °C 身長: _____ cm 体重: _____ kg 一年間の体重減少: _____ kg

大きな病気: _____ 今の食事: _____

あなたの飲み込みについて質問します。いずれも大切な内容なので、良く読んで、この1年間のことをお答えください。

1. 肺炎と診断されたことがありますか? ある (回数: _____)。 無い。
2. 痰がでますか? 多い。 少ない (黄色・白・透明)。 無い。
3. 食事中にムセますか? ある。 無い。
4. 食事中に咳が出ますか? ある。 無い。
5. 物が飲み込みにくいと感じることがありますか? ある。 無い。
6. 硬いものが食べにくくなりましたか? ある。 無い。
7. お茶や水を飲んだときにムセますか? ある。 無い。
8. 食事中や食後にのどがゴロゴロする、痰が増えますか? ある。 無い。
9. 食事時間は約何分ですか? 15分以内。 30分。 45分。 60分以上。
10. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか? ある。 無い。
11. 夜、咳で寝れなかったり目覚めることがありますか? ある。 無い。
12. 声が小さくなったり、かすれましたか? ある。 無い。
13. 歩くのが遅くなりましたか? ある。 無い。
14. 夕方から夜に熱が出ることはありませんか? ある。 無い。

15. 入れ歯が合わないと感じますか？

ある。 無い。

①主治医の施設名と先生のお名前と住所：

②ケアマネジャーの施設名と担当者名と住所：

要介護1・2・3・4・5

③デーサービスの施設名と担当者名：

④訪問看護ステーションの施設名と担当者名：

⑤その他訪問されている施設名：

⑥今までのご病気の経過と体重をなるべく詳しく記載して下さい。

症状が初めて出た時期

受診した病院

診断名

その時の体重

⑦受診可能な日時を書いてください。
