

記入日 平成 年 月 日

■あなたの事について教えてください。

フリガナ		性別	男・女	血液型	A・B
お名前					O・AB
ご住所	〒	ご連絡先	自宅	-	-
			携帯	-	-

■最近(3か月以内)の食事の状況についてお答えください。

質問項目	チェックリスト		
食欲がない	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物の味がしない	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物を口まで運べない	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物がパサパサして食べにくい	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物が口からこぼれる	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物を飲み込んだ後に、口の中に残りやすい	いつもある	時々ある	ほとんどない
水・お茶が飲みにくい	いつもある	時々ある	ほとんどない
ご飯やおかずが噛みにくい	いつもある	時々ある	ほとんどない
水・お茶が鼻から漏れる	いつもある	時々ある	ほとんどない
食べ物を飲み込んだ後に、のどに引っかかる	いつもある	時々ある	ほとんどない
食事の後に、声がガラガラする	いつもある	時々ある	ほとんどない
食事中・後にむせる	いつもある	時々ある	ほとんどない
飲み物を飲む時にむせる	いつもある	時々ある	ほとんどない
食事の途中で疲れてしまう(呼吸がしんどい)	いつもある	時々ある	ほとんどない
食事中に、えずくことがある	いつもある	時々ある	ほとんどない
食後に嘔吐感がある	いつもある	時々ある	ほとんどない
胸やけがする	いつもある	時々ある	ほとんどない

計

()個 ()個 ()個