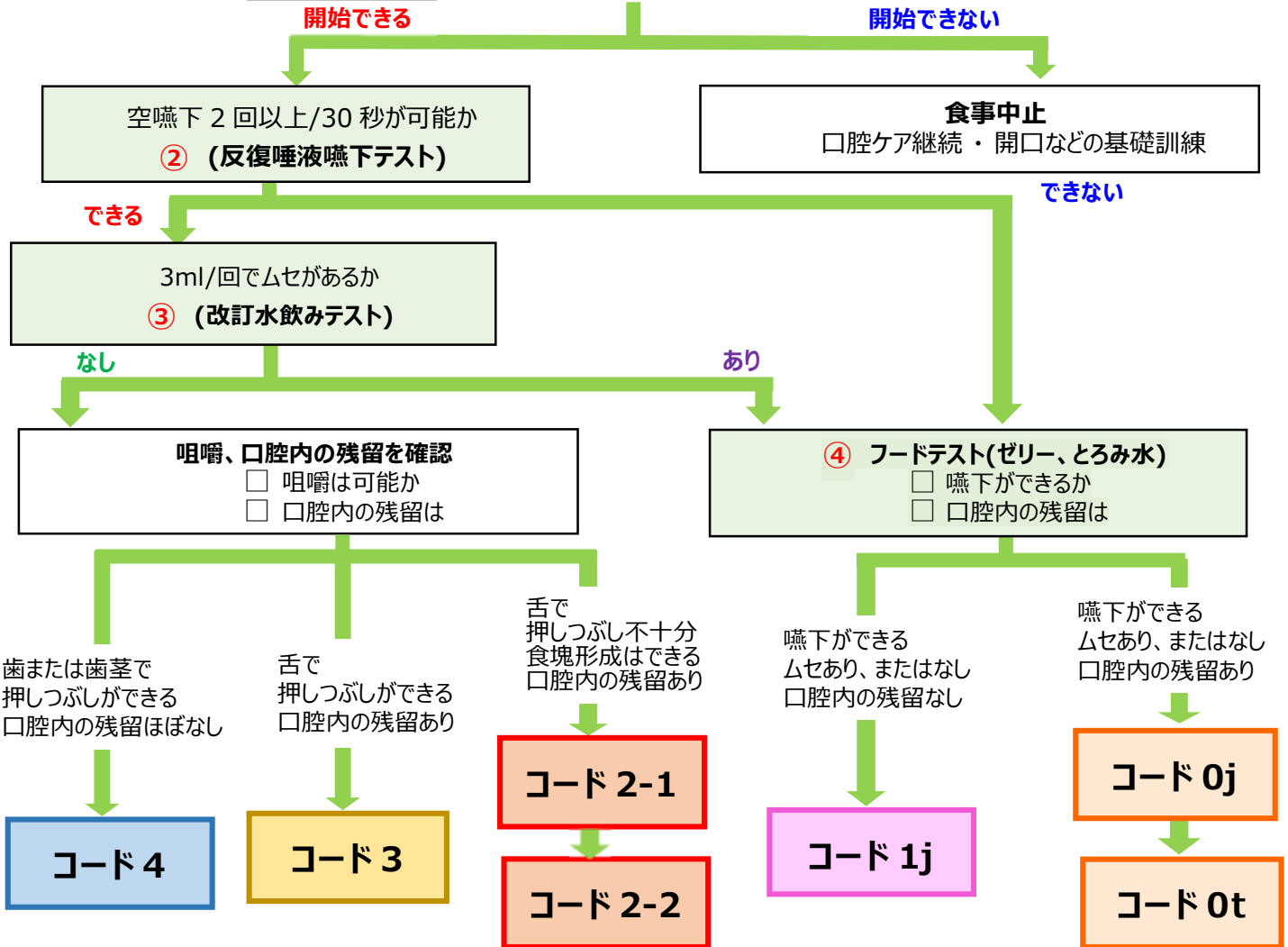


食形態選択のためのシート

対象者/	様	年齢/	歳	性別/	男・女	実施日/	年	月	日()				
評価職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 看護師	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 介護職	<input type="checkbox"/> ()						
VF	<input type="checkbox"/> 未実施			<input type="checkbox"/> 実施 ()			VE	<input type="checkbox"/> 未実施			<input type="checkbox"/> 実施 ()		

食事開始の確認項目 (下記の4項目を満たしているか確認しましょう)

<input type="checkbox"/> 意識が清明 (① JCS 1桁)	<input type="checkbox"/> 体温 37.5°C 未満
<input type="checkbox"/> SpO ₂ 95%以上 または呼吸数 10~20 回/分	<input type="checkbox"/> 経口摂取の意欲があること



① JCS 1桁	意識レベルの表示方法 「0:意識清明」、「I-1:だいたい清明であるが、今ひとつはっきりしない」、「I-2:見当識障害がある(場所や時間、日付が分からない)」、「I-3:自分の名前、生年月日が言えない」
② 反復唾液嚥下テスト	中指で咽喉ぼとけを軽く押さえたまま、30秒間唾液を飲み続け、連続して2回以上飲み込めるか(嚥下反射)確認する。(3回以上は正常)
③ 改訂水飲みテスト	3mlの冷水により嚥下を促し、ムセや湿声の有無・口腔内残留があるかを確認。
④ フードテスト	嚥下調整食のゼリーやとろみ水などを使い、食べた時の嚥下反射の有無やムセ、呼吸の変化などを確認。