|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **対象者/**  様 | **年齢/** 歳 | **性別/** 男 ・ 女 | **実施日/**  　　 年　　　月　　　日　(　　) |
| **評価職種** | **□医師　 □歯科医師　 □看護師　 □管理栄養士 　□言語聴覚士　 □介護職 　□**（　　　　　　　　　　　　　　） |
| **VF** | **□未実施 □実施**（ ） | **VE** | **□未実施 □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)**



|  |  |
| --- | --- |
| **① ＪＣＳ１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。 |

岩手県食形態分類標準化推進委員会 （運営事務局/公益社団法人岩手県栄養士会）