

**摂食嚥下等障害対応支援事業 事前調査票**  
 施設で採用されている食形態等について教えてください

|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|
| 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<br><input type="checkbox"/> きざみ食(とろみの有・無) / (カットサイズ mm)<br><input type="checkbox"/> 補助栄養の 有 ( ) ・ 無<br><input type="checkbox"/> その他、施設で採用している食事の形態について<br>{ } |      |          |
| 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"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                              |      |          |