

## 訪問歯科診療申込書

カルテNo		初回訪問日		記入日	年 月 日
				紹介者	ケアマネ・家族(HP / 外来)
フリガナ		男・女	入金方法	口座振替 / 現金 / 窓口	
氏名			生年月日	大正・昭和・平成	年齢
住所					
電話番号			携帯電話		
居住種類	独居 / 家族同居 / 施設入居				
家の特徴					
施設名			担当者		
施設住所			TEL		
			FAX		
キーパーソン	氏名			続柄	
	TEL			電話希望時間	
担当ケアマネジャー			TEL		
			同席	毎回 / 初回のみ	
事業所名			TEL		
			FAX		
保険証の種類	国・社・後期高齢・生保・マル福・特定疾患 その他( )		介護保険	要介護( ) 要支援( )	
主訴	入れ歯に問題がある・入れ歯を作りたい 歯が痛い・歯茎が腫れている・その他( )				
現病歴・既往歴	高血圧・虚血性心疾患・不整脈・心不全・脳血管障害・喘息 慢性気管支炎・糖尿病・甲状腺機能低下症・甲状腺機能亢進症 副腎皮質機能不全・てんかん・慢性腎臓病・在宅酸素療法 認知症・リウマチ・パーキンソン病・悪性腫瘍・ALS・神経変性疾患 肝炎( 型) その他			備考	
自立度	障害： 聴覚 / 視覚 / 言語 / 認知 / その他 意思疎通：できる / 時々できる / できない 麻痺： なし / あり 座位： できる / 支え必要 / できない 臥床状態：問題なし / 時々寝たきり / 寝たきり 食事形態：普通食 / ミキサー食 / その他( ) 口腔清掃：自分 / 一部介助者 / 全介助者 うがい： できる / できない 義歯： あり / なし			備考	
かかりつけ医	病院名、科			TEL	
	主治医名			FAX	
服薬	あり / なし おくすり手帳 コピーあり / なし( )				
	月	火	水	木	金
午前					
午後					
その他連絡事項					

# EAT-10(イート・テン)

## 嚥下スクリーニングツール

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 目的

EAT-10は、嚥下の機能を測るためのものです。  
気になる症状や治療についてはかかりつけ医にご相談ください。

### A. 指示

各質問で、あてはまる点数を四角の中に記入してください。  
問い:以下の問題について、あなたはどの程度経験されていますか？

質問1: 飲み込みの問題が原因で、体重が減少した

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問6: 飲み込むことが苦痛だ

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問2: 飲み込みの問題が外食に行くための障害になっている

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問7: 食べる喜びが飲み込みによって影響を受けている

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問3: 液体を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問8: 飲み込む時に食べ物のがどに引っかかる

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問4: 固形物を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問9: 食べる時に咳が出る

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問5: 錠剤を飲み込む時に、余分な努力が必要だ

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

質問10: 飲み込むことはストレスが多い

0=問題なし

1

2

3

4=ひどく問題

### B. 採点

上記の点数を足して、合計点数を四角の中に記入してください。

合計点数(最大40点)