

## 臺南市政府衛生局 咀嚼吞嚥障礙篩檢量表

姓名：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 居住地址：\_\_\_\_\_

### 一、吞嚥能力篩檢(EAT-10)：

3個月內是否有以下問題		沒有 (0分)	很少 (1分)	偶爾 (2分)	經常 (3分)	嚴重 (4分)
1	吞嚥問題讓我的體重減輕(嚴重者需加做MNA-SF)					
2	因為吞嚥問題不能在外面用餐					
3	我喝飲料/水很費力					
4	我吃固體食物很費力					
5	我吞藥丸很費力					
6	吞嚥會感覺到痛					
7	因為吞嚥問題不能享受用餐					
8	吞嚥後感覺喉嚨有食物卡著(嚴重者需加做MNA-SF)					
9	當我進食的時候會咳嗽(嚴重者需加做MNA-SF)					
10	吞嚥讓我感覺緊張有壓力					
總分：_____分		(注意：若分數 $\geq 3$ 分，即「可能」有吞嚥障礙風險)				

### 二、重複唾液吞嚥測試(RSST)：

1. 請民眾正坐。 2. 濕潤口腔(以1 c.c. 水濕潤口腔，或喝一口水，吞完後再開始) 3. 食指放在舌下，中指放在喉結上方 4. 計時30秒，計算喉結上下移動次數 共計：_____次		(注意：若次數 $\leq 2$ 次，即「可能」有吞嚥障礙風險)
--	--	----------------------------------

姓名：\_\_\_\_\_

吞嚥篩檢結果：_____分	咀嚼篩檢結果：_____種	簡易營養篩檢結果：_____分
重複唾液吞嚥測試：_____次	(有些吃力+沒辦法吃)	
吞嚥障礙高風險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	咀嚼障礙高風險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	營養不良高風險： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 三、咀嚼能力篩檢量表：

6個月內咀嚼能力評估		容易吃	有些吃力	沒辦法吃
1	硬豆干			
2	炒花生			
3	芭樂(整顆)			
4	炸雞			
5	水煮玉米(整枝)			
6	蘋果/梨子/蓮霧/芭樂(切片)			
7	烤魷魚/雞胗			
8	水煮花枝/滷豬耳朵			
9	柳丁(有切片)			
10	竹筍/敏豆/花椰菜/切片的小黃瓜			
11	煮熟的紅/白蘿蔔			
總計：_____種(有些吃力+沒辦法吃) (注意：若次數 $\geq 4$ 種，即「可能」有咀嚼障礙風險)				

### 四、簡易營養篩檢表(MNA-SF)：

營養篩檢		分數
三個月內有沒有因為食慾不振、消化問題、咀嚼或吞嚥困難而減少食量。	0=食量嚴重減少 2=食量沒有改變	1=食量中度減少
三個月內體重下降的情況。	0=體重下降超過3公斤 2=體重下降1—3公斤	1=不知道 3=體重沒有下降
活動能力	0=需長期臥床或坐輪椅 2=可以外出	1=可以下床或離開輪椅，但不能外出
三個月內有沒有受到心理創傷或患上急性疾病	0=有	2=沒有
精神心理問題	0=嚴重癡呆或抑鬱 2=沒有精神心理問題	1=輕度癡呆
身體質量指數(BMI)(公斤/米 <sup>2</sup> , kg/m <sup>2</sup> )	0=BMI 低於 19 2=BMI 21 至低於 23	1=BMI 19 至低於 21 3=BMI 相等或大於 23
總計：_____分 (注意：若分數 $\leq 11$ ，即「可能」有營養不良風險)		