VF / VFSS 検査・臨床連携ノート

試行条件と画像所見を対応させて記録する

氏名／ID：_____　検査日：_____　記録者：_____

01｜検査の目的・事前情報

今回確認したいこと：_____
普段の食事・姿勢・介助／症状：_____
覚醒・呼吸・疲労・口腔ケア・義歯：_____
説明・同意／造影剤・食品の確認／急変対応：_____

02｜検査条件・画像の管理

担当医等／実施職種：_____ 画像ID：_____
撮影方向：側面・正面・その他 観察範囲：_____
造影剤・濃度：_____ 記録fps：____ パルスレート：____
透視時間：_____ 線量指標・値・単位（装置記録）：_____

03｜各試行：足りない場合は本ページを追加

試行	食品・物性・量	姿勢・食具・介助	侵入・誤嚥／PAS	残留・その他
1			PAS：____／評価不可	
2			PAS：____／評価不可	
3			PAS：____／評価不可	
4			PAS：____／評価不可	

動画の時点・識別番号／観察上の制約：_____
中止した条件と理由／症状・対応：_____

侵入・誤嚥は時期、量、排出反応も記録。PASだけで所見を要約しない。

独自の記録補助用紙｜公式様式の複製ではありません。実施は施設の手順に従ってください。

VF / VFSS 検査・臨床連携ノート

条件変更の効果から、食事と再評価の計画へ

氏名／ID：_____　記録日：_____　担当者：_____

04｜観察した問題と条件変更の効果

主な問題（運動と食塊の動きを分ける）：_____
比較した試行番号：____ と ____ 変更した条件：_____
改善した所見：_____
残った問題／増えた残留・努力・疲労等：_____
本人・介助者が再現できるか：_____

05｜食事へ引き継ぐ具体的な条件

採用する食品・飲料／物性・とろみの段階：_____
調製方法・製品等：_____
一口量・食具：_____ 自立／介助・ペース：_____
体幹・頭頸部・足部支持：_____
確認できた有効な手技／声かけ：_____
実施を控える条件／再相談する症状：_____

06｜支援・再評価と共有

担当者・相談先：_____
訓練・口腔・栄養等の支援方針：_____
食事で確認すること（摂取量・時間・症状・疲労等）：_____
再評価の時期・目的／必要な検査：_____
説明を受けた本人・家族・職種／共有日：_____

VFは検査時の条件での観察です。生活の全食事を保証する結果ではありません。
未実施・観察範囲外・判定困難を「正常」やPAS 1として埋めないでください。

参照資料・位置づけ

日本摂食嚥下リハビリテーション学会．嚥下造影検査の手順2026年度版．
Scharitzer M, et al. Eur Radiol. 2025;35:3169–3180.
Rosenbek JC, et al. Dysphagia. 1996;11:93–98.
本紙は独自の連携用紙です。公式VF評価表・PAS原票・MBSImpの複製ではありません。
正式な画像評価・診療記録と併用してください。作成・確認：2026年10月28日