



أسئلة لتقييم النطق والبلع

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بوضع دائرة حول كلمة "نعم" أو "لا"

9. هل حدث وأن سعلت أثناء تناولك الطعام؟
نعم / لا
10. هل أنت مضطر الآن لتجنب بعض أنواع الأطعمة؟
نعم / لا
11. هل تجد صعوبة في بلع السوائل؟
نعم / لا
12. هل تسعل أثناء تناول السوائل؟
نعم / لا
13. هل أصبت مؤخراً بأية التهابات في الصدر؟
نعم / لا

يرجى إعادة الاستمارة بعد ملئها إلى العنوان التالي:
مستشفى سانت جوزيف
قسم المعاینات الخارجية لعلاج النطق والبلع
St Joseph Hospital
Speech Pathology Outpatient Department
PO Box 211, Regent Park NSW, 2143

شكراً لمساعدتكم

معالج النطق والبلع
التاريخ:

1. هل يبدو نطقك الآن مختلفاً؟
نعم / لا
2. هل يجد الناس صعوبة بفهم نطقك؟
نعم / لا
3. هل تجد صعوبة بالعثور على الكلمات التي تريد قولها؟
نعم / لا
4. هل تجد صعوبة بالتعبير عن أفكارك حين تتحدث مع الناس؟
نعم / لا
5. هل تشعر أحياناً بالارتباك عندما يتحدث إليك الناس بلغتك الأم؟
نعم / لا
6. هل تقرأ أو تكتب غالباً قبل حضورك إلى المستشفى؟
نعم / لا
7. هل تجد الآن صعوبة أكثر بالقراءة أم بالكتابة؟
نعم / لا
8. هل تجد صعوبة في مضغ طعامك؟
نعم / لا

يتبع على الصفحة التالية....