

受診の際は下記の質問ご回答の上、一緒に持参してください。

群馬県後期高齢者医療広域連合

歯科健康診査質問票

記入日 年 月 日

氏名			生年月日	昭和	年	月	日
性別	男 ・ 女	保険者 番号		被保険 者番号			

該当する番号を○で囲んでください。回答は、答えられる質問だけで結構です。

問 1 現在ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。	1、はい 2、いいえ
問 1-2 問 1 で「はい」の場合、該当するもの全てに○をつけてください。 1、しみる 2、出血がある 3、腫れる 4、口臭がある 5、口が乾く 6、物がはさまる 7、歯が揺れる 8、入れ歯が合わない 9、口内炎が治らない 10、口の中にでき物や腫れ物がある 11、唇や舌が気になる 12、その他( )	
問 2 半年前に比べて固い物が食べにくくなりましたか	1、いいえ 2、食べにくくなった 3、固いものは食べない
問 3 お茶や汁物等でむせることがありますか。	1、むせない 2、時々むせる 3、よくむせる
問 4 歯みがきをしていますか。	1、毎日みがく 1日に( )回 2、ときどき 3、みがかない
問 5 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	1、使っている ( 毎日、時々 ) ( 歯間ブラシ、糸ようじ、フロス ) 2、使っていない
問 6 歯科医院で定期健診を受けていますか。	1、はい 1年に( )回 2、受けていない

裏面もご記入ください

<p>問 7 歯科医院で歯石の除去や歯の清掃を受けていますか。</p>	<p>1、はい 1年に( )回 2、受けていない</p>
<p>問 8 たばこを吸っていますか。</p>	<p>1、吸っている 1日に( )本くらい はじめたのは( )歳くらいから 2、吸っていたことがある ( )歳から( )歳くらい 3、吸わない</p>
<p>問 9 お酒を飲んでいますか。</p>	<p>1、毎日飲む 2、時々飲む 3、昔飲んでいたが今は飲まない 4、飲まない</p>
<p>問 10 からだ全体の病気について</p>	<p>1、ない 2、ある 糖尿病、高血圧症、心臓病 脳血管障害、肝臓病、腎臓病 骨粗しょう症、肺疾患、がん その他( )</p>

個人情報の管理について 後期高齢者歯科健康診査結果の取扱いにあたり、個人情報保護の観点から適切な対応を行います。歯科健康診査のデータは、市町が行う効果的な保健指導事業、介護予防事業や疾病予防事業に活用します。