

歯科健康診査質問票	氏名		性別	男・女
-----------	----	--	----	-----

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
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。	1. はい(1年に()回) 2. 受けていない
問8 たばこを吸っていますか。	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
問9 お酒を飲んでいますか。	1. 毎日飲む 2. 時々飲む 3. 昔飲んでいましたが今は飲まない 4. 飲まない
問10 からだ全体の病気について	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()
問11 過去半年間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	1. はい 2. いいえ