

歯科口腔健診【質問票】

氏 名	
-----	--

該当するものを○で囲んでください。

1	現在、ご自分の歯や口の状態で気になることは何ですか。 (※該当するもの全てに○をつけてください。該当がない場合は、 <u>該当なし</u> に○をつけてください。)	0 該当なし	1 むし歯	2 歯周病
		3 口臭	4 かみにくい	5 のみ込みにくい
		6 口の渇き		
2	歯を磨くと血が出ますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
3	冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
4	自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか。	1 左右両方かめる	2 片方だけかめる	3 両方ともかめない
5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1 はい	2 いいえ	
6	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 はい	2 いいえ	
7	かかりつけの歯科医院がありますか。	1 はい	2 いいえ	
8	定期的に歯科健診を受けていますか。	1 はい	2 いいえ	
9	週1回以上は外出していますか。	1 はい	2 いいえ	
10	現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 (※該当するもの全てに○をつけてください。該当がない場合は、 <u>該当なし</u> に○をつけてください。)	0 該当なし	1 糖尿病	2 高血圧
		3 脳卒中	4 心臓病	5 がん
		6 骨粗鬆症	7 脂質異常症	
11	飲み薬は5種類以上飲まれていますか。 (サプリメントは除く)	1 はい	2 いいえ	
12	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	
13	過去半年間で発熱(37.8度以上)はありましたか。	1 はい	2 いいえ	
14	過去5年のうちに肺炎にかかったことがありますか。	1 はい ⇒ () 回		2 いいえ