

生年月日		受診時 年齢	歳	電話番号	
------	--	-----------	---	------	--

以下のQ.1～Q.16の各質問について、「回答」欄のあてはまる箇所に☑をつけてください。特に断りのない場合、☑は1つだけつけてください。

質 問	回 答
<b>1. 歯や口の中の状況等についてお伺いします。</b>	
Q. 1 現在ご自分の歯・口・あごの状態で気になることはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
① 【Q. 1で「 <input type="checkbox"/> ある」と答えた方】 あてはまるもの <u>すべてに</u> ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 歯の状態・痛み <input type="checkbox"/> 外観 <input type="checkbox"/> 発音 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの状態・痛み <input type="checkbox"/> かみ具合 <input type="checkbox"/> 口の渇き <input type="checkbox"/> あごの痛み <input type="checkbox"/> 歯ぎしりや食いしばりなどの習癖 <input type="checkbox"/> その他( )
② 【上記①で「 <input type="checkbox"/> 歯ぐきの状態・痛み」と答えた方】 あてはまるもの <u>すべてに</u> ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> 歯をみがくと血が出る <input type="checkbox"/> はれてプヨプヨする <input type="checkbox"/> 歯ぐきが下がっている <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする
Q. 2 自分は歯周病だと思いますか。	<input type="checkbox"/> 思わない <input type="checkbox"/> 思う
Q. 3 食事をかんで食べる時の状態は、 どれにあてはまりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない
Q. 4 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	<input type="checkbox"/> しみない <input type="checkbox"/> 時々しみる <input type="checkbox"/> いつもしみる
Q. 5 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
Q. 6 お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<b>2. 日頃の生活習慣等についてお伺いします。</b>	
Q. 7 歯をみがく頻度はどのくらいですか。 (歯が全くない人は回答不要です)	毎日みがく( <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上 ) <input type="checkbox"/> ときどきみがく <input type="checkbox"/> <u>みがかない</u>
【Q. 7で「 <input type="checkbox"/> みがかない」以外で答えた方】 Q. 8 歯をいつみがくのか、あてはまるもの <u>すべてに</u> ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 朝食後 <input type="checkbox"/> 昼食後 <input type="checkbox"/> 夕食後 <input type="checkbox"/> 夜寝る前 <input type="checkbox"/> その他
Q. 9 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q. 10 ゆっくりよくかんで食事をしますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q. 11 習慣的にたばこを吸っていますか。	<input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> 吸っている
<b>3. 歯科の健(検)診や治療の状況等についてお伺いします。</b>	
Q. 12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	<input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上行っていない
① 【Q. 12で「 <input type="checkbox"/> 半年以内」「 <input type="checkbox"/> 1年以内」と答えた方】 どのような目的で行きましたか。あてはまるもの <u>すべてに</u> ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 歯科健(検)診 <input type="checkbox"/> 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) <input type="checkbox"/> その他
② 【Q. 12で「 <input type="checkbox"/> 半年以内」「 <input type="checkbox"/> 1年以内」と答えた方】 その際に「歯周病の治療が必要」と言われましたか。	<input type="checkbox"/> 言われなかった <input type="checkbox"/> 言われた
Q. 13 かかりつけの歯科医院がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
Q. 14 ご自分の歯は何本ありますか。(親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。)	<input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 19本以下 <input type="checkbox"/> わからない
<b>4. その他</b>	
Q. 15 次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるもの <u>すべてに</u> ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 脳梗塞(脳卒中) <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他
Q. 16 【女性の方にお伺いします。】 現在、妊娠していますか。(可能性がある場合含)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ