

# 1

## 問診

各設問において、該当する□に✓を、( )には必要事項をご記入ください。

受診番号 \_\_\_\_\_

フリガナ 氏名	生年月日 (西暦)	19 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女	特定健診受診日
							2017年 月 日
Q1 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。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ⇒Q2へ							
Q1で「はい」と回答した方へ: 該当する項目を全てご記入ください。							
1 噛み具合が気になる。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
2 外観が気になる。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
3 発話が気になる。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
4 口臭が気になる。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
5 痛みが気になる。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
6 その他( ) <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q2 ご自分の歯は何本ありますか。かぶせた歯(金歯・銀歯), 差し歯, 根だけ残っている歯も本数に含めます。 <input type="checkbox"/> 1. 19本以下 <input type="checkbox"/> 2. 20本以上 歯の本数( )本							
Q3 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。 <input type="checkbox"/> 1. 左右両方かめる <input type="checkbox"/> 2. 片方 <input type="checkbox"/> 3. 両方かめない							
Q4 歯をみがくと血がでますか。 <input type="checkbox"/> 1. いつも <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q5 歯ぐきがはれてブヨブヨしますか。 <input type="checkbox"/> 1. いつも <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。 <input type="checkbox"/> 1. いつも <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q7 かかりつけの歯科医院がありますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q8 仕事が忙しかったり休めず, なかなか歯科医院に行けないことがありますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q9 現在, 次のいずれかの病気で治療を受けていますか。(糖尿病, 脳卒中, 心臓病) <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ ⇒Q10へ							
Q9で「はい」と回答した方へ: 該当する項目を全てご記入ください。							
1 糖尿病の治療を受けている。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
2 脳卒中の治療を受けている <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
3 心臓病の治療を受けている <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q10 家族や周囲の人々は, 日頃歯の健康に関心がありますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. どちらともいえない <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q11 自分の歯には自信があったり, 人からほめられたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. どちらともいえない <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q12 普段, 職場や外出先でも歯を磨きますか。 <input type="checkbox"/> 1. 毎回 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q13 間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか。 <input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q14 たばこを吸っていますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q15 夜, 寝る前に歯を磨きますか。 <input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q16 フッ素入り歯磨剤(ハミガキ)を使っていますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. わからない							
Q17 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。 <input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか。 <input type="checkbox"/> 1. 毎日 <input type="checkbox"/> 2. 時々 <input type="checkbox"/> 3. いいえ							
Q19 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							
Q20 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか。 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ							

\* 現在歯科医院を受診中ですか。

1. はい  2. いいえ