

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 実施日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

下記の質問に関して、当てはまるところに○印をご記入ください。  
(質問のお答えは、歯科検診時の参考資料としてのみ使用し、その他の目的では使用しません。)

Q.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？ ⇒該当するもの全てに○をつけてください 1.歯の痛み 2.口臭 3.歯肉からの出血 4.歯肉の腫れ 5.咬みあわせ 6.その他 ( )	はい	・	いいえ
Q.2	次の病気がございますか？または以前にかかったことがございますか？ ⇒該当するもの全てにチェックをつけてください □心臓疾患 □肝臓疾患 □腎臓疾患 □高血圧 □ない □血液疾患 □脳梗塞 □骨粗しょう症 □貧血 □肝炎ウイルス(A・B・C) □歯科恐怖症 □糖尿病 □その他( )	はい	・	いいえ
Q.3	一日何回歯磨きしますか？ □3回以上 □2回 □1回 □短時間で済ませることが多い			
Q.4	フッ素入り歯磨剤(ハミガキ)を使っていますか？	はい	・	いいえ わからない
Q.5	歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか？	毎日/時々	・	いいえ
Q.6	間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか？	毎日/時々	・	いいえ
Q.7	たばこを吸っていますか？	はい	・	いいえ
Q.8	歯科医院等で歯みがき指導を受けたことがありますか？	はい	・	いいえ
Q.9	かかりつけの歯科医院がありますか？	はい	・	いいえ
Q.10	年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか	はい	・	いいえ