

口腔保健質問票

健診年月日 年 月 日

事業所歯科健診 市町村歯科健診

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

*次の質問について該当するところに○をつけてください

1 内科的な病気がありますか。

ある	高血圧	糖尿病
	心臓病	肝臓病
	腎臓病	貧血
	骨粗鬆症	その他 ()

ない

2 心身の健康のために心がけていることがありますか。

ある	規則正しい生活	ストレス発散
	十分な休養と睡眠	バランスの良い食事
	適度な運動	その他 ()

ない

3 体を動かしていますか。

はい	その内容 ()
いいえ	

4 タバコを吸いますか。

はい	1日 () 本
以前	() 年前まで
いいえ	

5 お酒はのみますか。

はい	週に () 日
いいえ	

6 ふだんよく飲む物は。

水
日本茶・ウーロン茶
コーヒー・紅茶
牛乳
スポーツドリンク
缶コーヒー・缶ジュース
その他 ()

7 野菜を毎日取るようにしていますか。

はい	いいえ
----	-----

8 良く噛んで食べるようにしていますか。

はい	いいえ
----	-----

9 毎日朝食をとっていますか

はい	いいえ
----	-----

10 間食はとりますか。

はい	その内容
	a.ガム・あめ b.スナック菓子 c.くだもの類 d.その他
いいえ	

11 勤務時間は。

日中	夜間	不規則	シフト
----	----	-----	-----

12 最近の心身の状態は。

特に問題はなく、元気	ストレスがたまっている
疲れやすい	意欲が出ない
体がだるい	食欲がない
睡眠不足	その他 ()

13 お口の健康のために心がけていることは。

特にない	甘いものを控える
食後の歯磨き・洗口	定期健診を受けている
間食をしない	その他 ()

14 1日に何回歯を磨きますか。

1日 () 回 () 分位	磨かない
-----------------	------

15 今までに歯みがきの指導を受けましたか。

はい	歯科医院で	会社で	その他
----	-------	-----	-----

16 これまでに次に該当するようなことはありましたか。

特に問題はない	顎が痛い
歯周病といわれた	顎の関節の音がする
歯石を取った	食べ物がはさまる
歯ぐきの手術をした	腫れたり、血が出る

17 あなたの体のことをわかっているかかりつけ歯科医をお持ちですか。

はい	いいえ
----	-----

18 歯の定期健診を受けていますか。

はい	いいえ
----	-----

19 今回の健診で口の中のことで気になることがあればお書きください。