

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

※次の質問について該当するところに○をつけてください

氏名 _____ 男・女 年齢 _____ 歳

1 内科的な病気はありますか。

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

ない

2 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

3 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 ()

4 タバコを吸いますか。

はい	1日 () 本	喫煙歴 () 年
いいえ		

5 良く噛んで食べるようにしていますか。

はい	いいえ
----	-----

6 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	

7 ふだんよく飲む物は。

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

8 今までに歯磨きの指導を受けましたか。

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

9 1日に何回歯を磨きますか。

1日 () 回 () 分位
時々
磨かない

10 かかりつけ歯科医をお持ちですか。

はい	いいえ
----	-----

11 お口の定期健診を受けていますか。

はい	いいえ
----	-----

12 直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか

半年以内
1年以内
1年以上行っていない

13 【問12で「半年以内」「1年以内」とお答えになった方のみ】

どのような目的で行きましたか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

治療	歯科健診	予防（フッ化物塗布、歯の清掃など）
その他 ()		

14 【問12で「半年以内」「1年以内」とお答えになった方のみ】

その際に、「歯周病の治療が必要です」と言われましたか？

言われなかった	言われた
---------	------

15 歯間ブラシまたはフロスを使っていますか

毎日	時々	いいえ
----	----	-----

16 今回の健診でお口の中のことで気になることがあればお書きください。