

歯科口腔健診 [質問項目]

該当する番号に○をつけてください。

1	現在、ご自分の歯や口の状態で気になることは何ですか。 (該当するもの全てに○をつけてください) ※なければ無記入	1 むし菌	2 歯周病	3 口臭
		4 かみにくい	5 むせる	6 口の渴き
		7 その他()		
2	歯を磨くと出血しますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
3	冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1 いつも	2 時々	3 いいえ
4	自分の歯、または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか。	1 左右両方噛める	2 片方だけ噛める	3 両方とも噛めない
5	半年前に比べて固いものが食べにくくなったと思いますか。	1 いいえ		2 はい
6	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1 いいえ		2 はい
7	食べ物が飲み込みにくく感じることがありますか。	1 いいえ		2 はい
8	かかりつけの歯科医院があって、定期的に歯科健診を受けていますか。	1 いいえ	2 1年に1回	3 1年に2回以上
9	最後に歯科医院を受診したのはいつ頃ですか。	1 半年以内	2 1年以内	3 1年以上前
10	現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 (該当するもの全てに○をつけてください) ※なければ無記入	1 糖尿病	2 高血圧	3 脳卒中
		4 心臓病	5 がん	6 骨粗鬆症
		7 脂質異常症	/	
11	過去5年のうちに肺炎にかかったことがありますか。	1 いいえ		2 はい ()回
12	食べられる(かみ切れる)もの全てに○印をつけてください。 ※なければ無記入	①	お粥 豆腐	
		②	うどん 食パン	
		③	ご飯 きゅうり	
		④	もち おせんべい	
		⑤	ピーナッツ たくあん	

※健診結果については、健康づくり事業等のため市町村へ情報提供する場合がありますので、ご了承ください。