

## 問診表 2

わかる範囲で結構です、該当する箇所におをつけてください。

ご自身のお口には

自信がある・自信はないが気にしている・自信がない・あまり気にとめない

歯を磨くと血が出るときがある。 (はい・いいえ)

歯に食べ物がつまりやすい。 (はい・いいえ)

口臭が気になる、もしくは口臭を指摘されたことがある。 (はい・いいえ)

歯ぎしりや歯をかみしめているときがある。 はい・いいえ・わからない)

・歯の磨き方について指導を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

・それはいつですか？ 約( )年前・約( )か月前

・その磨き方の内容をおぼえていますか？ (はい・いいえ)

・現在の歯ブラシは自分で選んでいますか？ (はい・いいえ)

・現在磨いている時間帯に○と、一番時間をかけている時間帯に○をつけてください。

(起床時、朝食後、昼食後、夕食後、就寝前、間食後、その他)

・いままで歯石をとったことがありますか？ (はい・いいえ)

・歯ぐきの検査をしたことはありますか？ (はい・いいえ)

・定期的に歯医者でクリーニングをうけたことがありますか？ (はい・いいえ)

●あなただけのセルフケアプログラムを立案するため、差し支えなければプライベートな情報も教えてください。

・職業( )・仕事内容( )

・家族構成( ) 家族の口腔健康状態( 良い・悪い・知らない )

・喫煙 □無 □有⇒約( )本/1日

・よく食べるもの・飲むもの

( 缶コーヒー・炭酸飲料・お菓子・お酒・酢・その他( ) )

その他質問したいことがあれば、お書き下さい。

(

)