

口腔保健質問紙調査票(事前調査)

ふりがな	性別	年齢
お名前	1. 男 2. 女	()歳
	生年月日(西暦) 年 月 日	
住所 〒		
記載年月日(西暦) 年 月 日		ID番号:

「入力欄」に、各質問項目の回答番号をご入力ください。(○印は各1つ)

Q1 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	1. はい 2. いいえ
Q1で「1. はい」と回答した方へ:該当する項目を全てご記入ください。Q1で「2. いいえ」の場合、下記6項目は全て「2. いいえ」とする。	
1. 噛み具合が気になる	1. はい 2. いいえ
2. 外観が気になる	1. はい 2. いいえ
3. 発話が気になる	1. はい 2. いいえ
4. 口臭が気になる	1. はい 2. いいえ
5. 痛みが気になる	1. はい 2. いいえ
6. その他()	1. はい 2. いいえ
Q2 ご自分の歯は何本ありますか かぶせた歯(金歯・銀歯)、さし歯、根だけ残っている歯も本数に含めます ⇒本数もご記入ください()本	1. 19本以下 2. 20本以上 歯の本数()本
Q3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	1. 左右両方かめる 2. 片方 3. 両方かめない
Q4 歯をみがくと血がでますか	1. いつも 2. 時々 3. いいえ
Q5 歯ぐきがはれてプヨプヨしますか	1. いつも 2. 時々 3. いいえ
Q6 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
Q7 かかりつけの歯科医院がありますか	1. はい 2. いいえ
Q8 仕事が忙しかったり休めず、なかなか歯科医院に行けないことがありますか	1. はい 2. いいえ
Q9 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか	1. はい 2. いいえ
Q9で「1. はい」と回答した方へ:該当する項目を全てご記入ください。Q9で「2. いいえ」の場合、下記3項目は全て「2. いいえ」とする。	
1. 糖尿病の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
2. 脳卒中の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
3. 心臓病の治療を受けている	1. はい 2. いいえ
Q10 家族や周囲の人々は、日頃歯の健康に関心がありますか	1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ
Q11 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがありますか	1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ
Q12 普段、職場や外出先でも歯を磨きますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q13 間食(甘い食べ物や飲み物)をしますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q14 たばこを吸っていますか	1. はい 2. いいえ
Q15 夜、寝る前に歯をみがきますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q16 フッ素入り歯磨剤(ハミガキ)使っていますか	1. はい 2. いいえ 3. わからない
Q17 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q19 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことはありますか	1. はい 2. いいえ
Q20 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか	1. はい 2. いいえ

唾液検査結果 陰性 ・ 陽性
保健指導者名:
職 種: 1. 歯科医師 2. 歯科衛生士 3. 保健師 4. 管理栄養士・栄養士 5. その他()
実施市町村・企業等名前: