

口腔関連QOLアセスメント票

Dr. _____

(初診・IP後・外科処置後・咬合回復治療後・リコール)

現在歯数 _____ 歯

記入日：平成 年 月 日 () 氏名 _____ 生年月日 _____ No. _____

次の質問にお答えください。(基準を参考にカッコ内の数字に○をつけてください)

<評価基準> 0：まったくない 1：ほとんどない 2：時々 3：しばしば 4：いつも		(備考)
痛み	1) 歯が痛いことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) 歯ぐきが痛いことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	3) 口内炎ができて痛いことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	4) あごが痛いことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	5) 口やあごの問題で頭痛がすることがあります (0. 1. 2. 3. 4.)	
口の乾燥	1) 食事の時、口が乾燥していると感じますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) 食事の時、飲み込みにくと感じますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	3) 水や飲み物を一緒にとらないと飲み込みにくい (0. 1. 2. 3. 4.)	
食事・咀嚼	1) 歯や入れ歯、口の問題のために 食事の際、不快感がありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) " " 食べ物が噛みづらいことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
会話機能	1) 歯や入れ歯、口の問題のために 言葉が発音しにくいことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) " " 会話が不明瞭で、他人が理解しにくいことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
社会的機能	1) 歯や入れ歯、口の問題のために 笑うことをためらうことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) " " 余暇を楽しめないことがありますか (0. 1. 2. 3. 4.)	
	3) " " 人と付き合ううえで支障が出る (0. 1. 2. 3. 4.)	
	4) " " 他人とコミュニケーションをとることが (0. 1. 2. 3. 4.)	
心理的機能	1) 歯や入れ歯、口の問題のために 恥ずかしい思いをすることが (0. 1. 2. 3. 4.)	
	2) " " 見た目が悪いと感じることが (0. 1. 2. 3. 4.)	
	3) " " 気分が落ち込むことが (0. 1. 2. 3. 4.)	
	4) " " いろいろと気をつかい、リラックス (0. 1. 2. 3. 4.)	
健康の認識	1) 自分の口の状態についてどう感じますか (0. よい 1. 同程度 2. 悪い) (同年代の他人と比較して)	
	2) 自分の全身的な健康状態についてどう感じますか (0. よい 1. 同程度 2. 悪い) (同年代の他人と比較して)	

OHQL (Ver.7)

東京歯科大学水道橋病院

図3 OHQL 尺度のアセスメント票