

[太枠の中をご記入ください]

実施日 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	1. 男性 2. 女性	年齢	歳 (西暦 年 月 日 生まれ)		
			職業等			1. 会社員 2. 自営業者 3. 学生 4. 無職 5. その他()	
住所	電話番号 ()						

[当てはまる 番号に○ をつけ、()内には必要な事項を記入してください]

1. 歯や口の中の状況等について		
Q. 1	現在、ご自分の歯や口、あごの状態でご気になることはありますか。	
1. ない 2. ある → ① それは何ですか。(下記1~10より当てはまるものすべてに○) 1. 歯の状態・痛み 2. 外観・見た目 3. 発音 4. 口臭 5. 歯ぐきの状態・痛み → [② 1. 痛み 2. 歯みがき時の出血 3. はれてブヨブヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がグラグラする] 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. 顎の痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習慣 10. その他()		
Q. 2	自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない 2. 思う
Q. 3	食事中に、かむ時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない
Q. 4	冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない 2. 時々しみる 3. いつもしみる
Q. 5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ 2. はい
Q. 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
2. 日頃の生活習慣等について		
Q. 7	歯をみがく頻度はどのくらいですか。	毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ととききみがく 5. みがかない
Q. 8	Q.7で「5. みがかない」以外を選んだ人は、いつ 歯をみがきますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他
Q. 9	歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q. 10	ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q. 11	たばこを吸っていますか。	1. 吸っていない 2. 吸っている 3. 以前は吸っていたがやめた
3. 歯科の健(検)診や治療の状況等について		
Q. 12	直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
↓ Q.12で 1. 2. を 選択した方	① どのような目的で歯科医院に行きましたか。あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 治療 2. 歯科健(検)診 3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) 4. その他
	② その際「歯周病治療の必要性」を指摘されましたか。	1. 指摘されなかった 2. 指摘された
Q. 13	かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
Q. 14	ご自分の歯は何本ありますか。処置歯(かぶせ・詰め物)は含みます。親知らずや欠損を補った部位(入れ歯・ブリッジ・インプラント)は含みません。	1. 20本以上 2. 19本以下 3. わからない
4. その他		
Q. 15	次の病気について、指摘されたことがありますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. ない 2. 糖尿病 3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞(脳卒中) 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他
Q. 16	【女性の方にお伺いします。】 現在、妊娠していますか。(もしくはその可能性)	1. はい 2. いいえ
Q. 17	普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか。	1. はい 2. いいえ

※歯科医療機関の方へ

・歯科健康診査問診票の1枚目(歯科医師用)は、医療機関にて保管してください。
 ・歯科健康診査問診票の2枚目(請求用)は所定の提出先へ提出してください。

実施医療機関
所在地
名称
管理者氏名
電話番号

[太枠の中をご記入ください]

実施日 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	1. 男性 2. 女性	年齢	歳 (西暦 年 月 日 生まれ)		
			職業等			1. 会社員 2. 自営業者 3. 学生 4. 無職 5. その他()	
住所	電話番号 ()						—

[当てはまる 番号に○ をつけ、()内には必要な事項を記入してください]

1. 歯や口の中の状況等について		
Q. 1	現在、ご自分の歯や口、あごの状態でご気になることはありますか。	
1. ない 2. ある → ① それは何ですか。(下記1~10より当てはまるものすべてに○) 1. 歯の状態・痛み 2. 外観・見た目 3. 発音 4. 口臭 5. 歯ぐきの状態・痛み → [② 1. 痛み 2. 歯みがき時の出血 3. はれてブヨブヨする 4. 歯ぐきが下がっている 5. 歯がグラグラする] 6. かみ具合 7. 口の渇き 8. 顎の痛み 9. 歯ざしりや食いしばりなどの習慣 10. その他()		
Q. 2	自分は歯周病だと思いますか。	1. 思わない 2. 思う
Q. 3	食事中に、かむ時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3. ほとんどかめない
Q. 4	冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	1. しみない 2. 時々しみる 3. いつもしみる
Q. 5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1. いいえ 2. はい
Q. 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
2. 日頃の生活習慣等について		
Q. 7	歯をみがく頻度はどのくらいですか。	毎日みがく (1. 1回 2. 2回 3. 3回以上) 4. ととききみがく 5. みがかない
Q. 8	Q.7で「5. みがかない」以外を選んだ人は、いつ 歯をみがきますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 朝食後 2. 昼食後 3. 夕食後 4. 夜寝る前 5. その他
Q. 9	歯間ブラシまたはフロスを使っていますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q. 10	ゆっくりよくかんで食事をしますか。	1. 毎日 2. 時々 3. いいえ
Q. 11	たばこを吸っていますか。	1. 吸っていない 2. 吸っている 3. 以前は吸っていたがやめた
3. 歯科の健(検)診や治療の状況等について		
Q. 12	直近で、歯科医院にいつ頃行きましたか。	1. 半年以内 2. 1年以内 3. 1年以上行っていない
↓ Q.12で 1. 2. を 選択した方	① どのような目的で歯科医院に行きましたか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. 治療 2. 歯科健(検)診 3. 予防(フッ化物塗布、歯の清掃など) 4. その他
	② その際「歯周病治療の必要性」を指摘されましたか。	1. 指摘されなかった 2. 指摘された
Q. 13	かかりつけの歯科医院がありますか。	1. はい 2. いいえ
Q. 14	ご自分の歯は何本ありますか。 処置歯(かぶせ・詰め物)は含みます。親知らずや欠損を補った部位(入れ歯・ブリッジ・インプラント)は含みません。	1. 20本以上 2. 19本以下 3. わからない
4. その他		
Q. 15	次の病気について、指摘されたことがありますか。 あてはまるものすべてに○をつけてください。	1. ない 2. 糖尿病 3. 関節リウマチ 4. 脳梗塞(脳卒中) 5. 狭心症・心筋梗塞・動脈硬化症 6. 呼吸器疾患 7. その他
Q. 16	【女性の方にお伺いします。】 現在、妊娠していますか。(もしくはその可能性)	1. はい 2. いいえ
Q. 17	普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか。	1. はい 2. いいえ

※歯科医療機関の方へ

- ・歯科健康診査問診票の1枚目(歯科医師用)は、医療機関にて保管してください。
- ・歯科健康診査問診票の2枚目(請求用)は所定の提出先へ提出してください。

実施医療機関
所在地
名称
管理者氏名
電話番号