◎アンケート調査票は、事前に受診者へ配布しています。（受診券裏面）

（予備）

様式2

お口元気歯ッピー検診

アンケート調査票

氏名		生年月日	昭和　　年　　月　　日

該当する番号を〇で囲んでください。

1	現在、ご自分の歯や口の状態できになることはありますか。 1.噛み具合　2.口元や前歯の見た目　3.話しにくい 4.口臭　5.歯茎や歯の痛み　6.飲み込みにくい 7.歯科治療を中断している　8.義歯（入れ歯）の具合がわるい 9.その他（　　）　10.特になし	
2	入れ歯を使っていますか。 （1つでも使っている場合は「1」を選んでください。）	1.使っている 2.持っているが使っていない 3.持っていない
3	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.はい　2.いいえ
4	かかりつけの歯科医院がありますか。	1.はい　2.いいえ
5	年に1回以上は歯科医院で定期検診をうけていますか。	1.はい　2.いいえ
6	次のいずれかの病気で治療を受けている、もしくは受けたことがありますか。 1.高血圧　2.糖尿病　3.脳卒中　4.心臓病　5.がん 6.肺疾患（肺炎含む）　7.骨粗鬆症　8.その他（　　）	
7	現在、1日に内服している飲み薬は何種類ありますか。 （サプリメント、市販薬を除きます。） （お薬手帳があればお見せください。）	（　　）種類
8	たばこを吸っていますか。	1.はい　2.いいえ
9	1日2回以上歯をみがいていますか。	1.はい　2.いいえ
10	歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか。	1.はい　2.いいえ
11	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	1.はい　2.いいえ
12	お茶や汁物等でむせることがありますか。	1.はい　2.いいえ
13	口の渇きが気になりますか。	1.はい　2.いいえ
14	週1回以上は外出していますか。	1.はい　2.いいえ
15	過去半年間で2～3㎏以上の体重減少がありました。	1.はい　2.いいえ
16	過去半年間で発熱（37.8度以上）はありましたか。	1.はい　2.いいえ