◎事前に記入し、健診当日に歯科医療機関へお渡しください。

様式2

お口元気 歯ッピー健診

（予備）
アンケート調査票

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気になることはありますか。	1.はい　2.いいえ
	※「1. はい」の場合、該当するものすべて〇で囲んでください。 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（　　）	
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療機関がありますか。	1.はい　2.いいえ
5	年に1回以上は歯科医療機関で定期検診を受けていますか。	1.はい　2.いいえ
6	次の①～⑦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.はい　2.いいえ
	※「1. はい」の場合、該当するものすべて〇で囲んでください。 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	
7	現在、飲んでいるお薬はありますか。 （サプリメント、市販薬を除きます。）	1.あり　2.なし
	※「1. あり」の場合、1日に内服している飲み薬は何種類ありますか。 ①1～4種類　②5～9種類　③10～14種類　④15種類以上	
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	半年前に比べて硬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2～3kg以上の体重減少がありましたか。	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