

全国歯科医師国民健康保険組合 1種組合員用問診用紙

(受診者記入欄)

(太枠の中をご記入ください)

(本部提出用)

受診者 被保険者証記号・番号	全歯												続柄	本人 <input type="checkbox"/>	家族 <input type="checkbox"/>			
受診者 氏名													性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	年齢		歳

以下のQ1～Q18の各質問について、「回答」欄の口の中に✓をつけてください。
特に断りのない場合、✓は1つだけつけてください。

全員ご回答ください。

質問	回答
Q1 現在、ご自分の歯や口、あごの状態で気になることはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
【Q1で「ある」とお答えになった方】 あてはまるものすべてに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> かみ具合 <input type="checkbox"/> 外観 <input type="checkbox"/> 発音 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 歯の痛み <input type="checkbox"/> あごの痛み <input type="checkbox"/> その他 (<input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>)
Q2 ご自分の歯は何本ありますか。 (親知らず、入れ歯、ブリッジ、インプラントは含みません。さし歯は含みます。)	<input type="checkbox"/> 20本以上 <input type="checkbox"/> 19本以下 <input type="checkbox"/> わからない
Q3 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q4 普段、職場や外出先でも歯をみがきますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q5 夜、寝る前に歯をみがきますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q6 ゆっくりよくかんで食事をしますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> いいえ
Q7 たばこを吸っていますか。	<input type="checkbox"/> 吸っていない <input type="checkbox"/> 吸っている
Q8 冷たいものや熱いものが歯にしみますか。	<input type="checkbox"/> しめない <input type="checkbox"/> 時々しみる <input type="checkbox"/> いつもしみる
Q9 歯をみがくと血がでますか。	<input type="checkbox"/> でない <input type="checkbox"/> 時々でる <input type="checkbox"/> いつもでる
Q10 歯ぐきがはれてブヨブヨしますか。	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する <input type="checkbox"/> いつもする
Q11 自分は歯周病だと思いますか。	<input type="checkbox"/> 思わない <input type="checkbox"/> 思う
Q12 現在、糖尿病、脳卒中、心臓病のいずれかの病気で治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている
【Q12で「受けている」とお答えになった方】 あてはまるものすべてに✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病
Q13 家族や周囲の人々は日ごろ歯の健康に関心がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> いいえ

65歳以上の方のみご回答ください

質問	回答
Q14 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
Q15 お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
Q16 口の渇きが気になりますか。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
Q17 左右の両方の奥歯でしっかりかみしめられますか。	<input type="checkbox"/> かみしめられる <input type="checkbox"/> かみしめられない
Q18 食事をかんで食べる時の状態はどれにあたりますか。	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ほとんどかめない