

愛媛県後期高齢者歯科口腔健康診査 質問紙

※受診前にご記入のうえご持参ください。

お名前 _____

Q1. 現在、ご自分の歯や口の状態で気になるところはありますか

1. はい 2. いいえ

Q1-2 Q1で「はい」の場合、該当する全てに○を付けてください

1. 噛み具合 2. 外観 3. 発語 4. 口臭 5. 痛み
6. 飲み込みにくい 7. 口の渇き 8. 義歯（入れ歯）の具合が悪い
9. 歯科治療を中断している 10. その他（ ）

Q2. ご自分の歯は何本ありますか

（かぶせた歯、さし歯、根っこだけの残歯も本数に含めます）

*なお、成人の歯の本数は親知らずを含めて 32 本です

1. 20 本以上 2. 19 本以下 ⇒ () 本

Q2-2 義歯（入れ歯）をお使いですか？

1. 使っている 2. 使っていない

Q3. 自分の歯または義歯（入れ歯）で左右の奥歯はしっかりとかみしめられますか

1. 左右両方かめる 2. 片方のみ（右・左） 3. 両方かめない

Q4. 歯をみがくと血が出ますか

1. いつも 2. 時々 3. いいえ

Q5. 歯ぐきが腫れてプヨプヨしていますか

1. いつも 2. 時々 3. いいえ

Q6. 冷たいものや熱いものが歯にしみますか

1. いつも 2. 時々 3. いいえ

Q7. かかりつけの歯科医院がありますか

1. はい 2. いいえ

Q8. 歯科医院へ行く時間がなく、なかなか行けないことがありますか

1. はい 2. いいえ

Q9. 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか

該当するもの全てに○をつけてください

過去にかかったことがあるが、現在は治療を受けていないものには×をつけてください

1. 糖尿病 2. 脳卒中（脳梗塞、脳出血等） 3. 心臓病 4. 肺疾患（肺炎も含む）
5. 肝疾患 6. 腎疾患 7. がん 8. 骨粗しょう症

Q9-2 現在服薬中のお薬はありますか

1. 高血圧症の薬 2. 心臓病の薬 3. 抗血液凝固薬（血液サラサラの薬）
4. 神経系の薬（うつ薬、精神安定薬等） 5. 睡眠導入剤（睡眠薬）
6. 糖尿病治療薬 7. 骨粗しょう症の薬 8. 胃腸の薬
9. 痛み止めの薬 10. その他（ ）

Q10. 家族や周囲の人々は、日頃歯の健康に関心がありますか

1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ

Q11. 自分の歯に自信があつたり人からほめられたことがありますか

1. はい 2. どちらともいえない 3. いいえ

Q12. 普段、外出先でも歯をみがきますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q13. 間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q14. タバコを吸っていますか

1. はい 2. いいえ

Q15. 夜寝る前に歯みがきをしますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q16. フッ素入りの歯磨剤（ハミガキ剤・液）を使っていますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q17. 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q18. ゆっくりよく噛んで食事をしますか

1. 毎回 2. 時々 3. いいえ

Q19. 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことがありますか

1. はい 2. いいえ

Q20. 年に 1 回以上は歯科医院で定期健診またはメンテナンスを受けていますか

1. はい 2. いいえ

Q21. 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

Q22. お茶や汁ものなどでむせることがありますか

1. はい 2. いいえ

お答えいただきましてありがとうございました