

生活問診票

1. 歯磨きについて

- 歯磨き指導を受けたことはありますか？ ない ・ ある
- 1日何回歯を磨きますか？ (回)
- いつ歯を磨きますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 毎食後
- 歯肉からの出血はありますか？ ない ・ ある
- 歯石を取ったことがありますか？ ない ・ ある
- 歯磨き粉をつけますか？ 練り歯磨き ・ デンタルリンス ・ つけない

2. 喫煙の習慣はありますか？ ない ・ ある (1日 本)

3. 歯ぎしり・くいしばり・爪をかむ癖はありますか？ ない ・ ある

4. 顎がだるくなったり痛くなったりしたことはありますか？ ない ・ ある

5. 嘔吐反射はありますか？ ない ・ ある

6. 家族構成

本人のみ 父 母 夫 妻 祖父 祖母 兄弟 (人) 姉妹 (人)
子供 (人) その他 ()

7. 食事について

- 1日 回
- 好き嫌いがありますか？ はい ・ いいえ
- 好きなもの () 嫌いなもの ()
- よくかむことができますか？ はい ・ いいえ

8. 間食について

毎日時間を決めて 毎日食べたいときに 時々 とらない

9. 間食にどのようなものをとりますか？

スナック菓子 ガム アメ チョコレート キャラメル ケーキ 煎餅
果物 パン ファーストフード ドーナツ その他 ()

10. よく飲むものは？

コーヒー 紅茶 緑茶 烏龍茶 牛乳 ジュース
炭酸飲料 乳酸飲料 スポーツドリンク 水