

## 口腔機能向上のための質問表（事前）

教室名

作成日
平成 年 月 日

氏 名

お口についてのアンケートです。  
当てはまるものを で囲んで下さい。

1	固いものが食べにくい	1 はい	0 いいえ	
2	お茶や汁物でむせることがある	1 はい	0 いいえ	
3	口の湯きが気になる	1 はい	0 いいえ	
4	お口の健康状態は？	0 よい	1 ふつう	2 よくない
5	食事をおいしく食べていますか？	0 おいしい	1 ふつう	2 おいしくない
6	よだれがよくでる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
7	食べこぼすことがある	0 こぼさない	1 多少こぼす	2 多量にこぼす
8	食べ物が飲み込みにくい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
9	食べ物がのどに残った感じがする	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
10	食べ物でむせる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
11	食事中や食後に、タンがからんだり、声がかすれる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
12	食事中に鼻水がでる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
13	口臭が気になる	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
14	睡眠中に口の湯きで目が覚める	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
15	乾いた食品が食べにくい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
16	味覚がおかしい	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
17	上手くしゃべることが出来ない	0 ない	1 時々ある	2 いつもある
18	入れ歯で、口の中が傷つく	0 ない	1 時々ある	2 いつもある

○歯、舌の清掃について			
19	歯みがきは、1日何回していますか？	回	
20	歯を磨く時に、歯みがき粉を使っていますか？	0 はい	1 いいえ
21	舌の清掃やマッサージをしていますか？	0 はい	1 いいえ
22	定期的に歯科医院で検診や歯の清掃を受けてますか？	0 はい	1 いいえ
○入れ歯、入れ歯の清掃について			
23	入れ歯の清掃は、1日何回していますか？	回	
24	入れ歯は、ブラシを使って洗っていますか？	0 はい	1 いいえ
25	入れ歯は、ヌルヌルがとれるまで洗っていますか？	0 はい	1 いいえ
26	入れ歯洗浄剤（ポリデント等）を使っていますか？	0 はい	1 いいえ
27	入れ歯は、就寝前までお口の中に入れてありますか？	0 はい	1 いいえ
28	入れ歯は、はずして寝ていますか？	0 はい	1 いいえ
現在歯科医院にかかっていますか？ かかっている方は、医院名と理由を教えてください。			
お口の中の状態で、何か気になること、知りたいことがありましたらご記入ください			