

口腔機能向上のための質問表（事前）

教室名	作成日	氏名
	平成 年 月 日	

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	お口の健康状態は？	0. よい	1. ふつう	2. よくない
2	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
3	よだれがよくでる	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
4	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
5	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
6	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
7	食べ物でむせる	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
8	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
9	食事中に鼻水がでる	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
10	口臭が気になる	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
11	睡眠中に口の渴きで目が覚める	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
12	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
13	味覚がおかしい	0. ない	1. 時々ある	2. いつもある
14	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
15	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 16、17は自歯のある方のみお答え下さい		
16	歯みがきは、1日何回していますか？	回
17	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
18	舌の清掃やマッサージをしていますか？	0 はい 1 いいえ
19	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
○入れ歯について 20～22は取り外しの入れ歯のある方のみお答え下さい		
20	入れ歯の清掃は、1日何回していますか？	回
21	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
22	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
23	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
24	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
25	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？ 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		