

## 習慣チェック表 (成人)

No. \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

●家族構成について教えてください

●喫煙についておたずねします

- |                |                                     |       |
|----------------|-------------------------------------|-------|
| 1) 喫煙経験はありますか  | はい ( _____ 歳 ~ _____ 歳、 _____ 本/1日) | ・ いいえ |
| 2) 現在喫煙をしていますか | はい ( _____ 歳 ~ _____ 歳、 _____ 本/1日) | ・ いいえ |
| 3) 禁煙経験はありますか  | はい ( _____ 歳 ~ _____ 歳位まで)          | ・ いいえ |

●生活習慣についておたずねします

- |                   |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|
| 1) 就寝のお時間はいつ頃ですか  | 平均: _____ 時頃                        |
| 2) お仕事は夜勤勤務がありますか | はい ・ いいえ                            |
| 3) 飲酒はしますか        | はい (毎日・時々、種類: _____ 量: _____) ・ いいえ |

●お口の健康状態についておたずねします

- |                            |     |   |     |
|----------------------------|-----|---|-----|
| 1) 歯ブラシを使用したときなどに血が出ますか    | は い | ・ | いいえ |
| 2) ときどき歯肉が腫れるようなことがありますか   | は い | ・ | いいえ |
| 3) 口臭が気になりますか              | は い | ・ | いいえ |
| 4) 歯と歯の間に食物がはさまることがありますか   | は い | ・ | いいえ |
| 5) 歯並びが悪くなったと思いますか         | は い | ・ | いいえ |
| 6) 今までに歯石をとってもらったことがありますか  | は い | ・ | いいえ |
| 7) 今までに歯磨きの仕方を教わったことがありますか | は い | ・ | いいえ |
| 8) いびきをかきますか               | は い | ・ | いいえ |
| 9) 歯ぎしりやくいしばりをしますか         | は い | ・ | いいえ |

●歯磨き習慣についておたずねします

- |   |           |
|---|-----------|
| 1) 歯磨きは1日に何回されますか                       | _____回    |
| ( 起床時 ・ 朝食後 ・ 昼食後 ・ 夕食後 ・ 就寝前 )         |           |
| 2) 歯ブラシ以外に使用している清掃器具はありますか              | は い ・ いいえ |
| ( 歯間ブラシ ・ デンタルフロス(いとようじ) ・ その他: _____ ) |           |
| 3) フッ素入りの歯磨き粉を使用している                    | は い ・ いいえ |

●その他についておたずねします

- |                       |           |
|-----------------------|-----------|
| 1) 歯科は定期的を受診するようにしている | は い ・ いいえ |
| 2) 過去に歯ブラシ指導を受けたことがある | は い ・ いいえ |
| 3) 歯科医院でのフッ素塗布の経験がある  | は い ・ いいえ |

\*ご協力ありがとうございます