

氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日（ 歳）
区分（該当に○）	積極的支援 ・ 動機づけ支援 ・ その他（ ）

旦

<※検査結果：初回時>

唾液検査結果	Hb (ug/ml) _____ LDH (u/l) _____
咀嚼力判定検査 30 回	噛めてない ・ 噛めている ・ 十分噛めている
腹 囲	c m 体 重 k g

<※歯科保健指導モデル事業アンケート：初回時>

内 容	初 回	あてはまるものに☑
1. 食べる速さはどのくらいですか	☐ かなり速い ☐ やや速い ☐ ふつう ☐ やや遅い ☐ かなり遅い	
2. ゆっくりとよく噛んで食事していますか	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ いいえ	
3. 食事には十分時間をかけますか	☐ 時間をかけるほうだと思う ☐ どちらかというと時間をかけるほうだと思う ☐ どちらかというと時間をかけないほうだと思う ☐ 時間をかけないほうだと思う	
4. 三食の食事時間はどのくらいです	☐ 食べない ☐ 10～15 分未満 ☐ ～5 分未満 ☐ 15～20 分未満 ☐ 5～10 分未満 ☐ 20 分以上	
5. お腹一杯になるまで食べますか	☐ はい ☐ いいえ	
6. 人から「よく食べるね」と言われますか	☐ はい ☐ いいえ	
7. ロ一杯詰め込むように食べますか	☐ はい ☐ いいえ	
8. 食事の時は食べ物を次から次へと口に入れて食べてしまいますか	☐ はい ☐ いいえ	
9. 何でもかんで食べることができますか	☐ はい ☐ いいえ	
10. 入れ歯は使用していますか	☐ 使用している ▼ ☐ 使用していない 入れ歯の調子は？（ ☐ 良い ☐ 悪い）	
11. ご自分の歯は何本ありますか？（かぶせた歯も入ります）	（ ）本	
12. ご自分の口の健康状態をどのように思いますか	☐ 良い ☐ まあ良い ☐ 普通 ☐ あまり良くない ☐ 良くない	
13. 歯や歯ぐきに痛みがありますか	☐ はい ☐ いいえ	
14. 放置したむし歯やかぶせものが取れたままの歯がありますか	☐ はい ☐ いいえ	
15. 歯磨き時に歯ぐきから血がでることがあります	☐ はい ☐ いいえ	
16. 歯ぐきが腫れることがありますか	☐ はい ☐ いいえ	
17. 歯がぐらぐらしますか	☐ はい ☐ いいえ	
18. デンタルフロスや歯間ブラシで歯と歯のすき間もきれいにしていますか	☐ はい ☐ いいえ	
19. フッ素入り歯磨き剤を使っていますか	☐ はい ☐ いいえ	
20. 過去1年間に、歯科医院を受診しましたか	☐ 治療のため受診した ☐ 健診のため受診した ☐ 受診しなかった	

わたしは、



1. かかりつけ歯科をもって、定期的に歯のケアをしてもらう

2. 歯間ブラシ等を使用し、1日に1回は歯と歯の間を丁寧に磨く

3. しっかりかんで、ゆっくり食べる

4. その他（

）

に気をつけます。

<※行動目標>

氏名 ()

検査日 平成 年 月

cm

体

重

kg

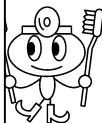
ト：評価時>

	初 回	あてはまるものに☑
1. 食べる速さほどのくらいですか	☐ かなり速い ☐ やや速い ☐ ふつう ☐ やや遅い ☐ かなり遅い	
2. ゆっくりとよく噛んで食事していますか	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ いいえ	
3. 食事には十分時間をかけますか	☐ 時間をかけるほうだと思う ☐ どちらかというと時間をかけるほうだと思う ☐ どちらかというと時間をかけないほうだと思う ☐ 時間をかけないほうだと思う	
4. 三食の食事時間はどのくらいです	☐ 食べない ☐ 10～15 分未満 ☐ ～5 分未満 ☐ 15～20 分未満 ☐ 5～10 分未満 ☐ 20 分以上	
5. お腹一杯になるまで食べますか	☐ はい ☐ いいえ	
6. 人から「よく食べるね」と言われますか	☐ はい ☐ いいえ	
7. ロー杯詰め込むように食べますか	☐ はい ☐ いいえ	
8. 食事の時は食べ物を次から次へと口に入れて食べてしまいますか	☐ はい ☐ いいえ	
9. 何でもかんで食べることができますか	☐ はい ☐ いいえ	
10. 入れ歯は使用していますか	☐ 使用している ▼ ☐ 使用していない 入れ歯の調子は？ (☐ 良い ☐ 悪い)	
11. ご自分の歯は何本ありますか？ (かぶせた歯も入ります)	() 本	
12. ご自分の口の健康状態をどのように思いますか	☐ 良い ☐ まあ良い ☐ 普通 ☐ あまり良くない ☐ 良くない	
13. 歯や歯ぐきに痛みがありますか	☐ はい ☐ いいえ	
14. 放置したむし歯やかぶせものが取れたままの歯がありますか	☐ はい ☐ いいえ	
15. 歯磨き時に歯ぐきから血がでることがありますか	☐ はい ☐ いいえ	
16. 歯ぐきが腫れることがありますか	☐ はい ☐ いいえ	
17. 歯がぐらぐらしますか	☐ はい ☐ いいえ	
18. デンタルフロスや歯間ブラシで歯と歯のすき間もきれいにしていますか	☐ はい ☐ いいえ	
19. フッ素入り歯磨き剤を使っていますか	☐ はい ☐ いいえ	
20. 過去1年間に、歯科医院を受診しましたか	☐ 治療のため受診した ☐ 健診のため受診した ☐ 受診しなかった	

<お口の中の改善度> 終了時評価

1. 悪くなった 2. 以前と変わらなかった 3. 少し良くなった 4. 良くなった

氏名 ()



利用日：平成 年 月

も、お口の中の健康に気をつけましょう

2. ぼちぼち改善コース

お口の健康に関心を持ち、これからは意識して歯を磨きましょう

3. しっかり改善コース

このままでは危険です。悪化させないようにしっかりケアしましょう

4. 受診おすすめコース

早めに歯科医院を受診して下さい



「受診おすすめコース」の方は受診しまし

<※治療実施歯科医療機関記入>

受診日：平成 年 月

日

※ 受診した際には診査内容を簡単にご記入下さい

内
容

歯科医院 ()

※ 記録表に記入後は受診者にお渡



健口づくりを楽し
みましょう！

問合せ先 観音寺市健康増進課保健係（保健センター） ☎23

三豊総合病院・歯科保健センター ☎52-