

歯や口の健康や環境に関する質問用紙

生活場所		記載日	月 日 ()		介護度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1～5 <input type="checkbox"/> 不明
ふりがな 氏名		男 女	年 齢	<input type="checkbox"/> 0～5 <input type="checkbox"/> 6～17 <input type="checkbox"/> 18～64 <input type="checkbox"/> 65～74 <input type="checkbox"/> 75以上	
場所： <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 ()					

1. 現在の食事について、食べにくい等の問題があるか、教えてください

食事が、食べにくいことがある	はい	・	いいえ
食事をする時に、歯や口が痛いことがある	はい	・	いいえ
食事中に、むせることがある	はい	・	いいえ
食事中や食後に、咳き込んだり・痰がからむことがある	はい	・	いいえ

2. 現在の歯みがきについて、下記のような問題があるか、教えてください

歯磨き用に、うがいする水が不足している	はい	・	いいえ
歯磨き等ができる、洗面所が不足している	はい	・	いいえ
歯ブラシなどの、口腔ケア用品が不足している	はい	・	いいえ
下記で不足しているものがあれば、○をつけてください			
<input type="checkbox"/> 歯ブラシ（成人用・小児用・乳幼児用・入れ歯用）、歯みがき剤 <input type="checkbox"/> うがい薬、うがい用コップ、口腔ケア用ウェットティッシュ <input type="checkbox"/> 入れ歯洗浄剤、入れ歯保管ケース、その他 ()			
ご自身の歯みがきが、十分にできていない	はい	・	いいえ
介助の必要な子どもやお年寄りなどへの介助が、十分にできていない	はい	・	いいえ
その他、歯みがきをするにあたっての問題点がある	はい	・	いいえ
問題点があれば、具体的に書いてください：			

3. 現在の歯や口に、下記のような症状があるか、教えてください

歯がしみる・痛む	はい	・	いいえ
歯ぐきが腫れたり・痛んだり・血が出たりする	はい	・	いいえ
口の渇きが気になる	はい	・	いいえ
口内炎ができています・できる	はい	・	いいえ
口の中の汚れや口臭が気になる	はい	・	いいえ
舌の汚れが気になる	はい	・	いいえ
入れ歯が合わない・入れ歯が噛みにくい	はい	・	いいえ
入れ歯を失くした・入れ歯が壊れている	はい	・	いいえ
口が開かない・開けると痛い	はい	・	いいえ
その他、歯や口で困っていることがある	はい	・	いいえ
困っていることがあれば、具体的に書いてください：			

4. 歯科治療が必要となった場合、受診するために問題がありますか

はい・いいえ

問題がある方は、どのような問題なのか教えてください
<input type="checkbox"/> 近隣の歯科が休診になっている、歯科まで行く交通手段が無い、時間がとれない、 <input type="checkbox"/> その他 ()
かかりつけの歯科があれば、教えてください 歯科医院名 ()

ご記入ありがとうございました。急ぎの症状があるも相談先がわからない場合は、避難所等の本部・市町村の保健医療担当、保健医療福祉支援チーム、または歯科医師会・歯科衛生士会にご連絡ください。