

お口の健康診断質問票

記入日：令和 年 月 日

枠内をご記入ください。

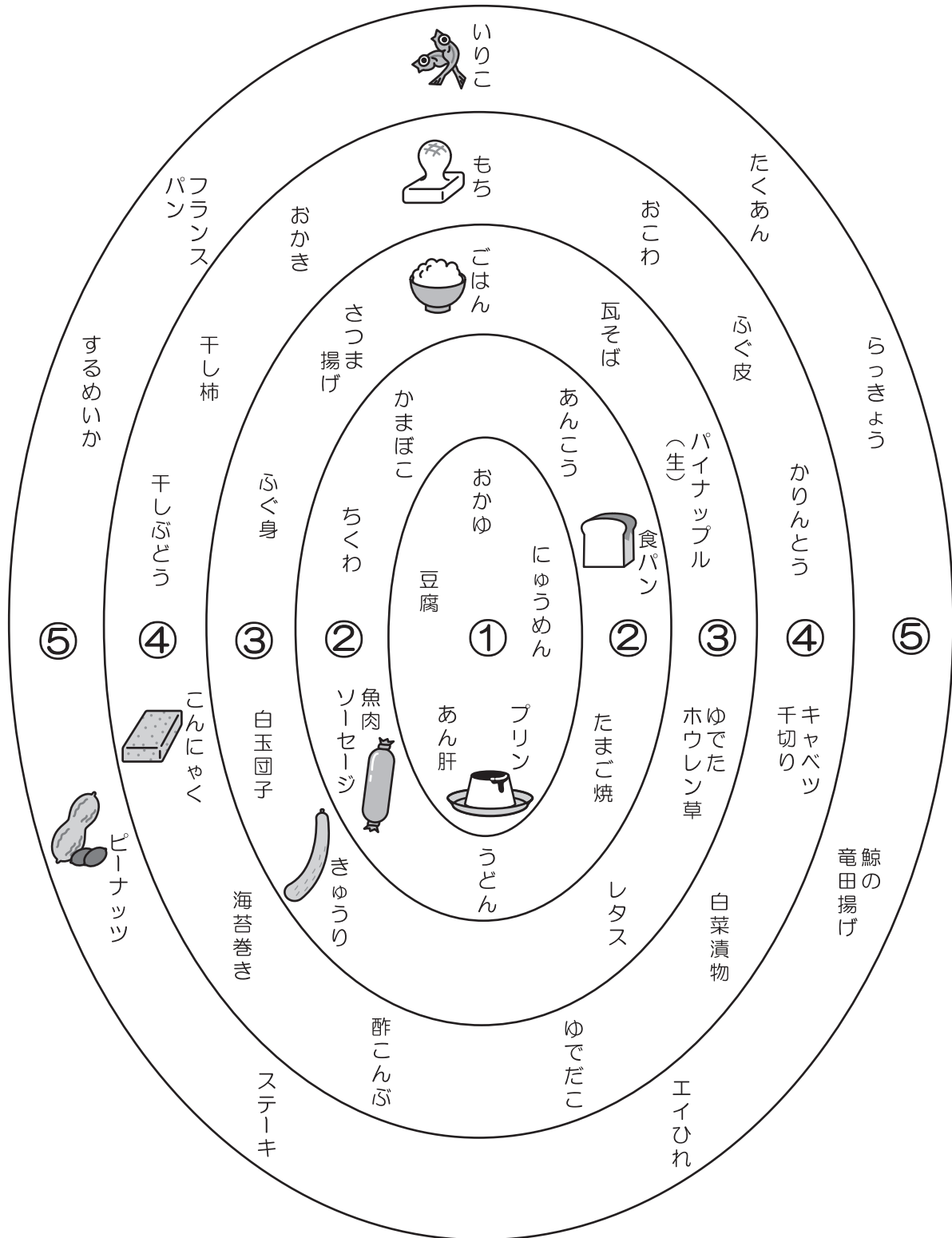
ふりがな	
氏名	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)

○をつけてください。

①口の中で痛いところがありますか	1. はい 2. いいえ
②食べにくいことがありますか	1. はい 2. いいえ
③お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい 2. いいえ
④食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい 2. いいえ
⑤口が渇きやすいですか	1. はい 2. いいえ
⑥話すときに舌がひっかかりますか	1. はい 2. いいえ
⑦口臭が気になりますか	1. はい 2. いいえ
⑧薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい 2. いいえ
⑨入れ歯を使っていますか 1. 使っている 2. 持っているが使っていない 3. 持っていない	
⑩年に1回以上は歯科医院での 定期健診を受けていますか	1. はい 2. いいえ
⑪現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 (該当するもの全てに○をつけてください。過去にかかったことがあるが、 現在は治療を受けていないものには×をつけてください。) 1. 糖尿病 2. 脳卒中 3. 心臓病 4. がん 5. 肺疾患 (肺炎含む) 6. 骨粗鬆症	
⑫その他気になることがあれば枠内にご記入ください	

お食事マップ（お口の健康診断用）

かんで食べられる物に○をつけてください。



かむ力の判定です。
 1~2の方はかむ力が弱まっています。
 入れ歯の調整やお口の筋力アップについて、
 歯科医師に相談されるとよいでしょう。