

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		電話番号
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)	

オーラルフレイルのセルフチェック 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

①半年前と比べて固いものが食べにくくなった	はい 2	いいえ 0
②お茶や汁物でむせることがある	はい 2	いいえ 0
③義歯を入れている ※義歯を持っているが使っていない場合は右の()内に○	はい 2 ()	いいえ 0
④口の渇きが気になる	はい 1	いいえ 0
⑤半年前と比べて、外出が少なくなった	はい 1	いいえ 0
⑥さきイカ・たくあんくらいの固さの食べ物を噛むことができる	いいえ 1	はい 0
⑦1日に2回以上、歯を磨く	いいえ 1	はい 0
⑧年に1回以上、歯医者に行く	いいえ 1	はい 0
合計得点 (○をつけた回答の数値を合計してください)	点	
あなたの オーラルフレイルの判定	<input type="checkbox"/> 0～2点 : オーラルフレイルの危険性は低い <input type="checkbox"/> 3点 : オーラルフレイルの危険性あり <input type="checkbox"/> 4点以上 : オーラルフレイルの危険性が高い	

作表 (東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規氏、飯島勝矢氏) に一部追加

気になる症状や既往症 ○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
③話すときに舌がひっかかりませんか	1. はい	2. いいえ
④口臭が気になりますか	1. はい	2. いいえ
⑤薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑥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. 骨粗しょう症	
⑦その他気になることがあれば枠内にご記入ください。		

裏面もご記入ください。

