

*以下の質問を読み、現在の状態について該当する項目の□に✓をつけ、また下線部には文章・数字を記入して下さい。

歯科問診票

1) 現在、口の中で気になっていることがありますか？

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 歯がしみる | <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる |
| <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> 歯が痛い | <input type="checkbox"/> 口が開けづらい |
| | <input type="checkbox"/> 歯がぐらぐらする | <input type="checkbox"/> 口を開けるとカカク・ゴリゴリ音がる |
| | <input type="checkbox"/> 歯がかけている | <input type="checkbox"/> 顎が痛い |
| | <input type="checkbox"/> 歯がない | <input type="checkbox"/> 入れ歯・差し歯が合わない |
| | <input type="checkbox"/> 歯肉が痛い | <input type="checkbox"/> 入れ歯・差し歯が壊れた |
| | <input type="checkbox"/> 歯肉から出血する | <input type="checkbox"/> 詰め物がとれた |
| | <input type="checkbox"/> 歯肉がはれている | <input type="checkbox"/> 親知らず |
| | <input type="checkbox"/> 口臭がする | <input type="checkbox"/> その他 (_____) |

2) かかりつけの歯科医院はありますか？

- なし あり (_____ 都道府県 _____ 市区町村 _____ 医院)

3) 最後に歯科治療を受けたのはいつですか？

- _____ 年 _____ 月 (完治 治療中 治療中断)

4) その治療内容は何ですか？

- 定期健診 虫歯 歯周病 親知らず 歯のクリーニング その他 (_____)

5) 歯の矯正治療を受けたことがありますか？

- なし あり (_____ 才頃) (完治 治療中 治療中断)

6) 毎日の歯磨きはどれくらい行っていますか？

- 1日 _____ 回 (起床時 朝食後 昼食後 夕食後 就寝前)

- 1回あたり 約 _____ 分

7) 歯磨きをする際に使用するものは何ですか？ (複数回答可)

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 歯ブラシ | <input type="checkbox"/> 電動歯ブラシ (メーカー名 _____) |
| <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ | <input type="checkbox"/> デンタルフロス |
| <input type="checkbox"/> 糸ようじ | <input type="checkbox"/> デンタルリンス <input type="checkbox"/> ウォーターピック |

8) ハミガキペースト (歯磨き粉) を選ぶ際のポイントは何ですか？ (複数回答可)

- 使用しない 虫歯予防 歯周病予防 口臭予防
知覚過敏 美白効果 味 (_____) 値段 その他 (_____)

9) 夜、歯磨きをしないでそのまま寝てしまうことはありますか？

- ない ある (約 _____ 回/週)

10) 今までに歯磨き指導を受けたことがありますか？

ない ある (学校 歯科医院 JISS)

あると答えた方：指導を受けた内容を覚えていますか？もしくは続けていますか？

はい いいえ

11) 1日の食事回数と間食回数（補食を含む）は何回ぐらいですか？

食事 _____ 回・間食 _____ 回

12) よく飲む物を選んで下さい。（複数回答可）

運動時：水 お茶 牛乳 スポーツドリンク（商品名 _____）

ジュース 紅茶 コーヒー その他（ _____ ）

日常生活：水 お茶 牛乳 スポーツドリンク（商品名 _____）

ジュース 紅茶 コーヒー その他（ _____ ）

就寝前：水 お茶 牛乳 スポーツドリンク（商品名 _____）

ジュース 紅茶 コーヒー その他（ _____ ）

13) 競技中にマウスピース（マウスガード・プロテクター）を使用していますか？

現在使用している 過去に使用していた 全く使用していない

マウスピースの使用経験年数は（ _____ 年 _____ カ月 / _____ 個目）

マウスピースの種類は

マウスフォームドタイプ（お湯で軟化して自分で作る）

マウスフォームドタイプ（粉末と液体を混ぜて自分で作る）

カスタムメイドタイプ（歯科医院で歯型をとって製作）

マウスピースの使用状況は 練習時のみ 試合時のみ 練習・試合時

所持マウスピースの不満点は

なし 違和感 発音障害 呼吸障害 口腔内乾燥 味 臭い

嘔吐感 顎疲労感 顎関節痛 適合不良 破損 変色

その他（ _____ ）

14) 競技中に奥歯を強く噛みしめることはありますか？

なし あり

15) 最近1年間で競技中に歯、歯肉、顎が痛んだことがありますか？

なし あり（ 練習 試合 遠征先（合宿中） / 歯 歯肉 顎 ）

16) 最近1年間で競技中に口の中を怪我したことがありますか？

なし あり（ 練習 試合 / 歯 歯肉 顎 口唇 頬 舌 ）

17) 遠征先で緊急を要し、歯科治療を受けた経験がありますか？

なし あり いつ？ _____ どこで？ 日本国内・海外（国名 _____）