

質 問 表

以下の質問に、記載または該当するものに○をつけてください。

歯科の治療は怖い、痛いと思っていますか？	怖い	痛い	何とも思わない		
恐かったり痛い時はどの治療ですか？	歯を削るとき	歯を抜くとき	注射をするとき	神経を抜くとき	
痛い思いはひと思いに抜いた方がいいと思っていますか？	出来れば抜きたくない	抜いてもかまわない			
物を食べた時に歯が痛む所はどこですか？	熱いもの	冷たいもの	甘いもの	固いもの	
噛み合わせた時に特に痛む所はどこですか？	右上	右下	左上	左下	全体的に痛む
食べ物が歯のすき間に引っかかりますか？	よく引っかかる	引っかからない			
固い物を食べた後、歯を磨いているとき歯ぐきから血がでますか？	出る	出ない	ときどき出る		
両側で物を噛みますか	はい	右側が多い	左側が多い		
夜歯ぎしりをする癖がありますか	ある	ない	言われたことがある		
案外強く歯を噛む方ですか	はい	いいえ			
専門的に歯の磨き方を指導していただきましたか	はい	いいえ			
歯が抜けたままの方は、いつ頃抜かれましたか	3ヶ月前	6ヶ月前	1年前	それ以上	
抜けた歯の後の処置を知っていますか（他に及ぼす影響など）	はい	いいえ			
定期的に歯科医院を訪れますか	3ヶ月に1度	6ヶ月に1度	1年に1回		
どんな歯ブラシを使っておられますか	柔らかい歯ブラシ	固い歯ブラシ	大きい歯ブラシ	小さい歯ブラシ	
1日に歯を磨く回数は	朝:	昼:	夜:	合計__回	
以前に麻酔をして歯を削られた事がありますか	はい	いいえ			
貴方のかかりつけの医師の名前又は病院名を書いてください	内科:	外科:	耳鼻科:	産婦人科:	その他:
次の病気をした事がありますか	肝炎	心臓や血管の病気	糖尿病	骨粗鬆症	
次の薬を使用しても何ともありませんか	ペニシリン:	アスピリン:	抗生物質:		
その他に貴方の体に異常の起きやすい薬があればその名前	薬名_____				
お口の臭いが気になる事がありますか	はい	いいえ			