

大前歯科医院 臨床診査質問票

1~14までお読みいただいて、あてはまる質問がございましたら、それぞれ下のあいている所に質問に対するお答えをご記入ください。

- 1 熱いもの、冷たいもの、甘いもので、痛みを感じる歯はありますか？ もしあれば、それはどこですか？
はい()、いいえ
- 2 咬んだときに、お口の中のどこか、または歯のどこかに痛みを感じますか？
はい()、いいえ
- 3 歯の間に物がつまりますか？ もしあればそれはどこですか？
はい()、いいえ
- 4 食事のとき、歯ブラシを使ったとき、またはそれ以外のときに、歯肉から出血がありますか？
もしあればそれはどこですか？
はい()、いいえ
- 5 食事をされた後や、よくお話をされたりした後で、顔に疲れた感じをもたれることがありますか？
はい()、いいえ
- 6 今までに耳鳴りや、耳に痛みがあったことがありますか？
はい()、いいえ
- 7 舌を咬んだり、ほっぺたを咬むことがありますか？
はい()、いいえ
- 8 起きておられるときに、歯をくいしばるようなことはありませんか？
また夜眠っているときに、歯をくいしばっているのに気付いたことはありませんか？
はい()、いいえ
- 9 定期的に歯科医院に行かれていましたか？
はい()、いいえ
- 10 家庭でのお口の管理について、専門的な指導を受けられたことがありますか？
はい()、いいえ
- 11 お口の清掃をしてもらったことがありますか？ その回数はどれくらいですか？
はい()、いいえ
- 12 歯肉がむずがゆかったり、傷つきやすかったり、はれたように感じたりしますか？
はい()、いいえ
- 13 抜いたままにしておられる歯がありますか？
はいとお答えになられたかたは、どれ程の期間、そのままにされていますか？
はい()、いいえ
- 14 ご自身の気付かないうちに、歯肉の下で骨の破壊がおこっていることがあるということを御存知ですか？
はい()、いいえ