

生活習慣問診表

記入日 年 月 日

NAME _____

虫歯や歯周病の発生は生活習慣に影響されます。治療の参考に致しますので以下の質問にお答え下さい。

→家族構成（一緒に住んでいる人に○をして下さい）

本人のみ・父・母・夫・妻・祖父・祖母・兄弟（ 人）・姉妹（ 人）
子供（ 人）・その他（ ）

→食事について

①毎日3回食事をしていますか？ はい・朝食抜き・2食・3食以上・その他

②好き嫌いがありますか？ はい・いいえ
好きなもの（ ）
嫌いなもの（ ）

③食べ物をよく噛んで食べることができますか？ はい・いいえ

→間食について

①間食はだいたいどのように摂っていますか？

毎日時間を決めて・食べたい時に・外食で摂っている（毎日・週に2～3回）
間食は摂らない

②間食にどのようなものを摂りますか？（毎日摂るものには◎をしてください）

スナック菓子・ガム・アメ・チョコ・キャラメル・アイスクリーム・クッキー・ケーキ・プリン
グミ・おせんべい・和菓子・果物・おにぎり・パン・菓子パン・ファーストフード・ドーナツ
その他（ ）

③よく飲むものは何ですか？（毎日飲むものには◎をしてください）

コーヒー（砂糖 杯）・紅茶（砂糖 杯）・お茶・ウーロン茶・麦茶・牛乳
ミネラルウォーター・コーヒークリーム・果汁100%ジュース
炭酸飲料（コーラ・ファンタ・サイダー・ペプシ）
乳酸飲料（ヤクルト・カルピス・ジョア・ドリンクヨーグルト）
スポーツドリンク（ポカリスエット・アクエリアス・ゲータレード）
機能性飲料（ファイブミニ・ビタミンCドリンク・アセロラ・充実野菜）
その他のジュース（ ）

④よく摂る健康食品はありますか？（毎日摂るものには◎をしてください）

のどあめ・カロリーメイト・ブルーン・カルシウムウエハース
その他（ ）

→歯磨きについて

①ブラッシング指導を受けたことがありますか？ いいえ・はい（約 年前）

②その際、歯石を取りましたか？ いいえ・はい

③いつ歯磨きをしますか？

朝（毎日・時々・磨かない）

昼（毎日・時々・磨かない）

夜（毎日・時々・磨かない）

④歯磨きの時何かつけて磨きますか？

いいえ・はい（練ハミガキ・デンタルリンス・その他 ）

練ハミガキ使用の際、量はどのくらいつけますか？（約 cm）

→喫煙の習慣はありますか？ ない・ある（一日の本数 本／ 箱）

→次のような癖はありますか？

ある（歯ぎしり・食いしばり・爪を噛む・唇を噛む）・ない

ありがとうございました