



16. 全身の健康に関して何か気をつけていることはありますか？  
 ア) あり（何を \_\_\_\_\_ ） イ) なし
17. お口の健康に関して何か気をつけていることはありますか？  
 ア) あり（何を \_\_\_\_\_ ） イ) なし
18. 一日の生活のリズムは決まっていますか？ ア) 決まっている イ) だいたい決まっている ウ) 決まっていない
19. 寝る前に何か食べることがありますか？ ア) 食べない イ) ときどき食べる ウ) よく食べる
20. 主な歯の清掃法は？  
 (複数可) ア) 歯ブラシ イ) デンタルフロス（糸ようじ） ウ) 歯間ブラシ  
 エ) うがいをする オ) 飲食後、水やお茶などを飲む カ) 何もしない
21. 歯磨きは？  
 いつ？（複数可） ア) 毎日する イ) 時々する ウ) 磨かない  
 ア) 起床後 イ) 朝食後 ウ) 昼食後 エ) 夕食後 オ) 間食後 カ) 寝る前
22. 歯磨き糊を使用していますか？  
 ア) いいえ イ) はい（商品名 \_\_\_\_\_ ） ウ) わからない
23. 洗口剤を使用していますか？  
 ア) いいえ イ) はい（商品名 \_\_\_\_\_ ） ウ) わからない
24. キシリトールガムに興味がありますか？  
 ア) 毎食後服用している イ) ときどき服用している ウ) 知っているが服用していない エ) 知らない
25. 歯磨きをした時に歯ぐきから出血がみられますか？  
 ア) 出血しない イ) ときどき出血する ウ) よく出血する
26. たばこを吸いますか？ ア) 吸わない イ) 吸う（1日10本未満） ウ) 吸う（1日10本以上）
27. 歯科治療について、どのようにお感じですか？  
 ア) なんでもない イ) 少し緊張する ウ) 緊張する エ) とても怖い オ) その他（ \_\_\_\_\_ ）
28. その他、歯科治療を開始するにあたり担当医が知っておいてほしいことや治療の内容に関して希望があればお書き下さい。