

口臭のセルフチェック

氏名 _____

年 月 日 ()

■ 該当するものに チェックを入れてください

A 問診（通常）

- 口臭を意識したのは、いつ頃からですか。
_____ 前から
- 口臭について、今までに検査や治療を受けたことがありますか。
 - (1) いつ受診しましたか
[_____ 頃、 _____ 頃、 _____ 頃]
 - (2) 何科を受診しましたか。
[歯科 内科 耳鼻科]
[その他 (_____)]
 - (3) どのような検査を受けましたか。
[匂いの検査 歯ぐきの検査]
[胃の検査 血液検査]
[レントゲン検査]
[その他 (_____)]
 - (4) どのような治療を受けましたか。
[歯の治療 歯ぐきの治療]
[蓄膿症や扁桃腺の治療 飲み薬]
[うがい薬 何もしない]
[その他 (_____)]
- 1日のうち、どのような時に口臭を強く感じます
[起床直後 空腹時 食後]
[疲れた時 会議や接客時]
[午前 午後 夜間]
[1日中 その他 (_____)]
- 歯磨きは1日何回(いつ)約何分間しますか
○ 1日 _____ 回 約 _____ 分間
○ 起床時 朝食後
○ 昼食後 夕食後
○ 間食後 就寝前
○ その他 (_____)
○ 舌の上につく苔も取りますか。

- 現在次のような病気に罹っていますか。
 - 蓄膿症や鼻の病気 扁桃腺や喉の病気
 - 肺や気管支の病気 胃腸疾患
 - 心臓病 肝臓病 腎臓病
 - 高血圧 糖尿病 貧血 癌
 - その他 (_____)
- 現在、薬を服用中ですか。
 - 胃薬 緩下剤 心臓の薬
 - 血圧の薬 睡眠薬 精神安定剤
 - ビタミン剤 健康食品
 - その他 (_____)
- 毎日の生活は、規則正しいですか。
 - (1) 睡眠時間はどれくらいですか _____ 時間
 - (2) 1日何回食事をしていますか _____ 回
 - (3) 食事の時、栄養バランスは考えていますか
- 糖尿病、慢性鼻炎、慢性便秘、慢性下痢、胃か
いよう等がありますか？
- 1日どのくらい口臭を感じますか？
いつも ときどき
- 口臭を感じるのはいつごろですか？
朝 昼 夜
- アレルギーはありますか？
- 睡眠時、抗うつ薬等の服用をしていますか？
- 降圧剤や鎮痛剤を服用していますか？

B 精神的問診

- 最初に口臭を意識したきっかけは、何ですか。
 - (1) 自分で気づいた。
 - (2) 人から指摘された。
 - (3) 他の人の動作・仕種から気付いた。
 - (4) その他 (_____)

口臭のセルフチェック

氏名

年 月 日 ()

■ 該当するものに チェックを入れてください

- 自分の口臭を、どのような時に意識しますか。
 - (1) 人から指摘された時
 - (2) 人との対話中
 - (3) 緊張した時
 - (4) 混んだ乗り物や狭い場所にいる時
 - (5) 対話中、相手の態度や様子を見た時
 - (6) 常に意識している
 - (7) その他 ()
- 次のような症状がありますか
 - (1) 歯を磨くと血がでる
 - (2) 歯ぐきから膿がでる
 - (3) 食べ物が歯の間によくはさまる
 - (4) ぐらぐら動く歯がある
 - (5) 歯ぎしりをする
 - (6) 痛い歯がある
 - (7) 口が乾燥する
 - (8) 口の中がネバネバする
 - (9) 口内炎がよくできる
 - (10) 舌が白い (苔がつく)
 - (11) その他 ()
- 口臭のため、社会生活に支障を来すことがありますか。
- 口臭のため、家庭生活に支障を来すことがありますか。
- 口臭のために、人には迷惑をかけたくないと思いますか。
- 口臭のために、困ることは何ですか。
 - (1) 特にない
 - (2) 人と話ができない
 - (3) 人と一緒に行動できない
 - (4) 人が自分を避けるようになった
 - (5) 積極的に行動がとれず、消極的になってしまう
 - (6) 物事に集中できない
 - (7) 親しい友人が出来ない
 - (8) その他 ()
- 口臭を減らすために、自分で何かしていますか。
 - (1) 特にしていない
 - (2) 歯みがきをよくしている
 - (3) 含嗽剤(うがい薬)・ガム・仁丹などを使用している
 - (4) 食事や間食の回数をできるだけ減らしている
 - (5) 人と話す時、手で口を隠しながら話す
 - (6) 病院をいろいろと訪れ、検査・治療を受けようと努めている
 - (11) その他 ()
- スポーツを行うなど、何か集中できる趣味がありますか。
- 1日に水分を1~1.5リットル以上飲んでいない。
- 仕事、家族、友人などのことで、現在悩みがありますか。
- 乳製品、肉類を多く食べていますか？
- 口臭について、相談できる家族や友人はいますか。
- 慢性的体調不良や、ストレスはありますか？
- タバコは吸いますか？
- 定期的な食事をしていますか
- アルコール類はよく飲みますか？
- ダイエットをしていますか？
- 自分で歯垢(プラーク)が付いているのが分かる。
- 歯並びが悪い。
- 虫歯、歯周病があると思う。
- 咀嚼回数は15~20回していますか？

C 口腔内の問診

- 和食と洋食、どちらが好きですか？
和食 洋食
- 定期的な食事をしていますか