



標準的な成人歯科健診質問紙票

★この質問紙は、歯科疾患や保健行動のリスクを把握して、必要と考えられる保健指導を把握するための質問紙になります。
1～20の質問で、当てはまる項目に○をつけてください。

	0点	1点
Q1 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか	2. いいえ	1. はい
Q1-2 Q1で「はい」の場合、該当するもの全てに○をつけてください：1.噛み具合、2.外観、3.発話、4.口臭、5.痛み、6.その他		
Q2 ご自分の歯は何本ありますか（かぶせた歯（金歯・銀歯）、さし歯、根だけ残っている歯も本数に含めます） ⇒本数もご記入ください（ ）本	2. 20本以上	1. 19本以下
Q3 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりとかみしめられますか	1. 左右両方がめる	2. 片方・3. 両方がめない
Q4 歯をみがくと血がでますか	3. いいえ	2. 時々・1. いつも
Q5 歯ぐきが腫れてプヨプヨしますか	3. いいえ	2. 時々・1. いつも
Q6 冷たいものや熱いものが歯にしみますか	3. いいえ	2. 時々・1. いつも
Q7 かかりつけの歯科医院がありますか	1. はい	2. いいえ
Q8 仕事が忙しかったり休めず、なかなか歯科医院に行けないことがありますか	2. いいえ	1. はい
Q9 現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか ⇒該当するもの全てに○をつけてください：1.糖尿病、2.脳卒中、3.心臓病	2. いいえ	1. はい
Q10 家族や周囲の人々は、日頃歯の健康に関心がありますか	1. はい	2. どちらともいえない・3. いいえ
Q11 自分の歯には自信があったり、人からほめられたことがありますか	1. はい	2. どちらともいえない・3. いいえ
Q12 普段、職場や外出先でも歯を磨きますか	1. 毎回	2. 時々・3. いいえ
Q13 間食（甘い食べ物や飲み物）をしますか	3. いいえ	2. 時々・1. 毎日
Q14 たばこを吸っていますか	2. いいえ	1. はい
Q15 夜、寝る前に歯をみがきますか	1. 毎日	2. 時々・3. いいえ
Q16 フッ素入り歯磨剤（ハミガキ）を使っていますか	1. はい	2. いいえ・3. わからない
Q17 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか	1. 毎日	2. 時々・3. いいえ
Q18 ゆっくりよく噛んで食事をしますか	1. 毎日	2. 時々・3. いいえ
Q19 歯科医院等で歯みがき指導を受けたことはありますか	1. はい	2. いいえ
Q20 年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか	1. はい	2. いいえ

判定時には、この点線で折り曲げてください



お名前 ふりがな	
性別 (男性 ・ 女性)	年齢 歳
生年月日 M T S 年 月 日 H	
住所 〒	
記載年月日	受付番号*
平成 年 月 日	

★あなたの支援タイプ（複数可）は・・・

- 1.「知識提供・気づき支援型」 2.「相談・カウンセリング型」
3.「環境・受け皿支援型」 4.「実技指導型」
5.「受診勧奨型」

です。

★質問紙票の合計点は、_____点です。

A. 「QOL、歯口の状態・機能」質問群

Q1～Q6で合計2点以上

「知識提供・気づき支援型」
+「相談・カウンセリング型」

B. 「支援的環境」質問群

Q7～Q12で合計3点以上

「知識提供・気づき支援型」
+「相談・カウンセリング型」
+「環境・受け皿支援型」

C. 「保健行動」質問群

Q13～Q20で合計3点以上

「知識提供・気づき支援型」
+「相談・カウンセリング型」
+「実技指導型」

- 塗りつぶし枠合計5点以上:「受診勧奨型」
(全てのタイプの保健指導を実施)
- いずれにも該当しない場合:「知識提供・気づき支援型」