保健調査票（歯科用）

　　　　　　　　　　年　　組　　番　氏名

歯，歯肉，歯並び，かみ合わせ，顎関節，歯垢の状態などを検査します。あてはまる方に〇をつけてください。

１　　自分の歯，歯肉，顎のチェック項目

1.　口を開け閉めした時に，音がすることがありますか。　　　　　 （　はい　・　いいえ　）

２．口が開きにくかったり，開く時に痛みを感じることがありますか。（　はい　・　いいえ　）

３．歯並びが気になりますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　 （　はい　・　いいえ　）

４．歯肉から血がでますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（　はい　・　いいえ　）

５．歯が痛んだり、しみたりしますか。　　　　　　　　　　　　　 （　はい　・　いいえ　）

６．食べ物が飲み込みにくいことがありますか。　　　　　　　　　 （　はい　・　いいえ　）

７．口の臭いが気になりますか。　　　　　　　　　　　　　　　　 （　はい　・　いいえ　）

８．COを知っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

９．GOを知っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

【学校歯科医さんに相談したいこと】

２　健康診断の結果はどうでしたか

C（むし歯） 　　（　あった 　　本　・　なかった　 ）

CO 　　　　　　（　あった 　　本　・　なかった 　）

GOやG 　 　（　　　あった 　　・　なかった　 ）

　　　【今後,歯と口の健康を守り維持していくためにどんなことに気を付けますか】