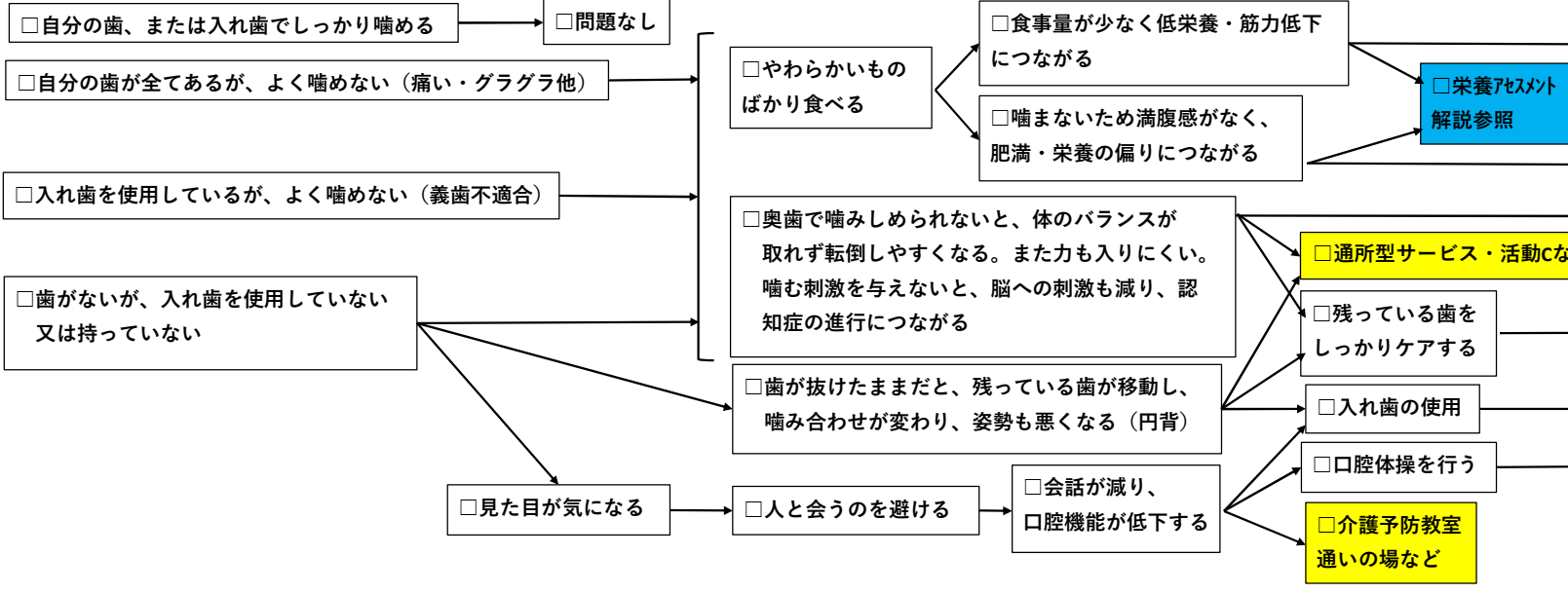




	質問	回答欄
1	自分の歯はありますか	<input type="checkbox"/> 全てある <input type="checkbox"/> ないところがある <input type="checkbox"/> 全くない
2	入れ歯は使っていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 持っているが使っていない
3	自分の歯または入れ歯で、奥歯をかみしめられますか	<input type="checkbox"/> 左右どちらもかみしめられる <input type="checkbox"/> 片方だけできる <input type="checkbox"/> 両方できない

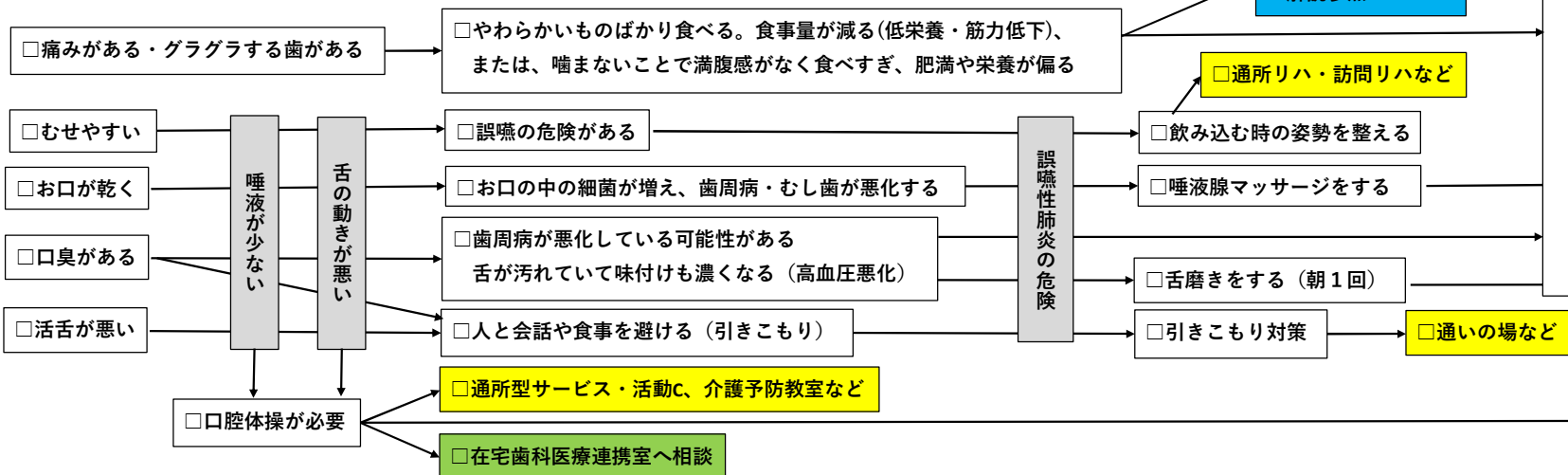
1・2・3の質問から□にレを入れる



□ 受診が必要

4	こんな症状がありますか	<input type="checkbox"/> 痛みがある <input type="checkbox"/> グラグラする歯がある <input type="checkbox"/> むせやすい <input type="checkbox"/> お口が乾く <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 活舌が悪い
---	-------------	---

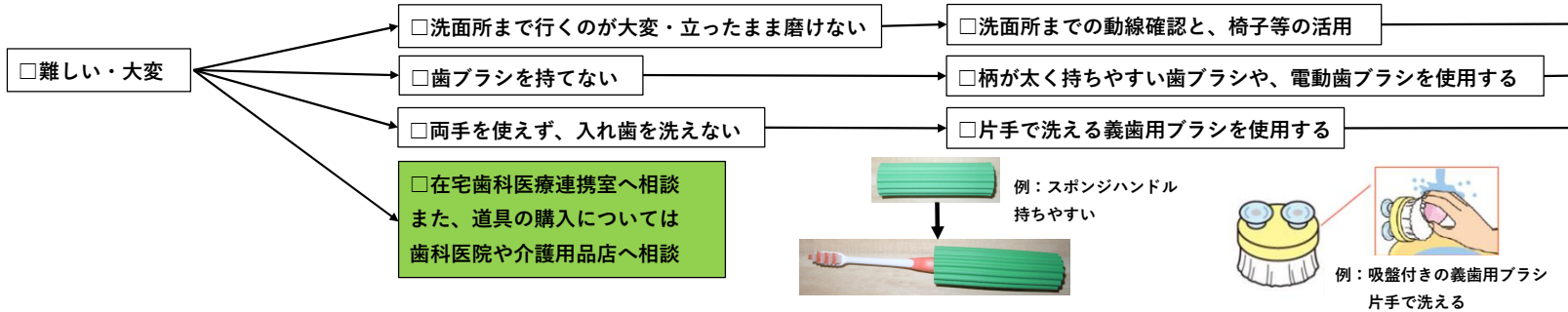
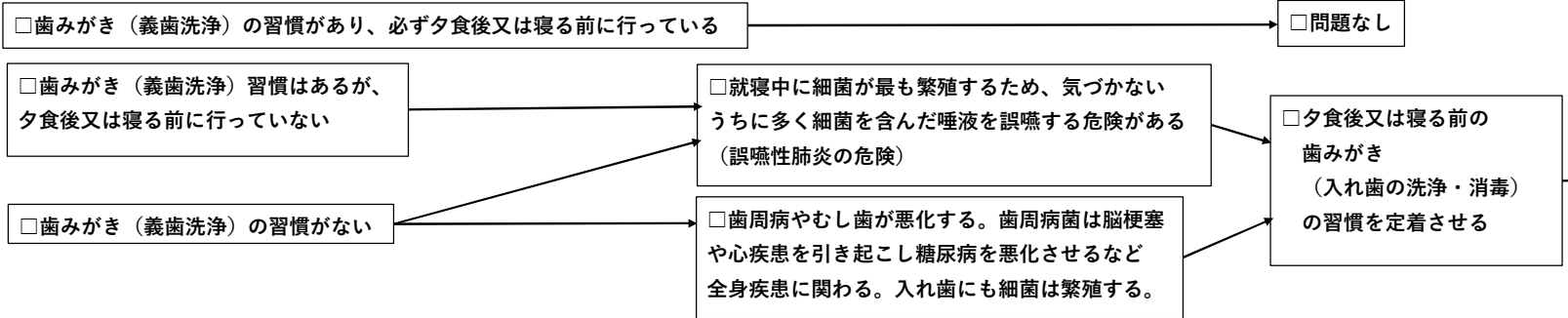
4の質問から□にレを入れる



□ 新潟県セルフマネジメント手帳 講話資料集 10・11 参照

5 5の質問から□にレを入れる

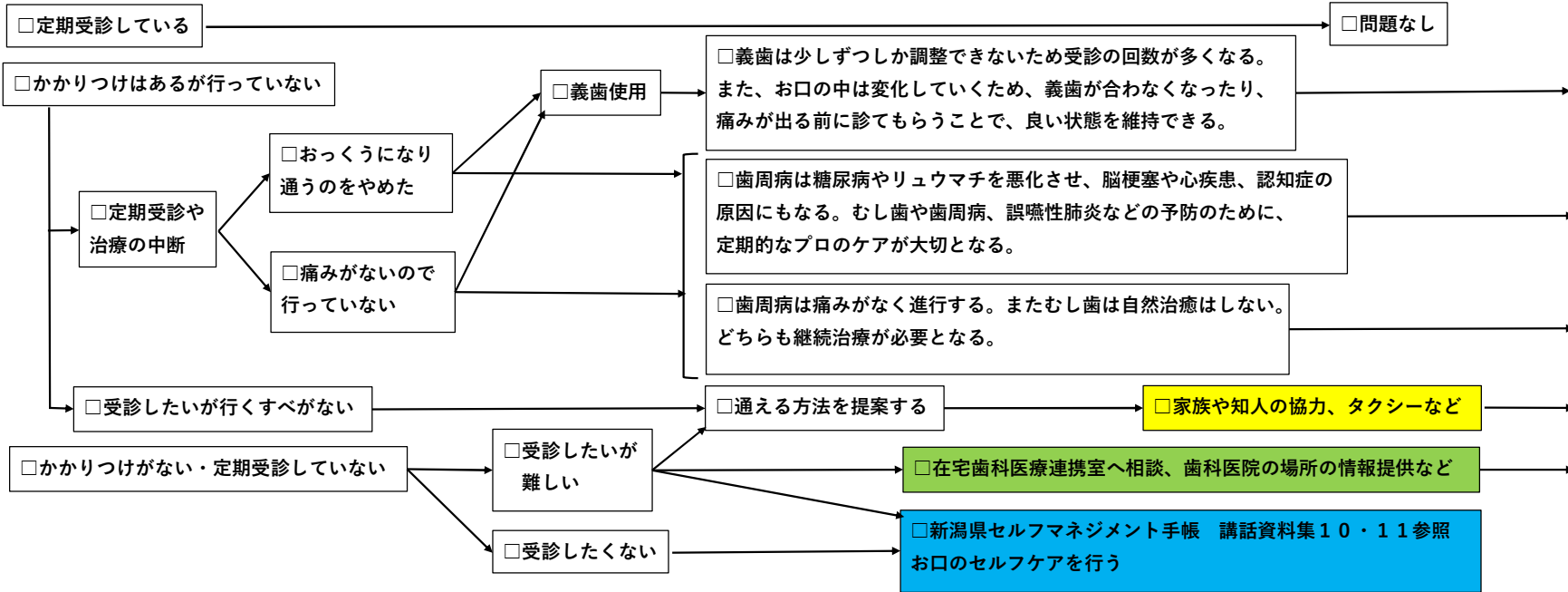
いつ歯(入れ歯)を磨きますか □朝 □昼 □夕食後 □寝る前 □していない □難しい・大変



□新潟県セルフマネジメント手帳 講話資料集 10・11 参照

6 6の質問から□にレを入れる

かかりつけの歯科医院はありますか □ある(定期受診あり) □ある(定期受診や治療を中断している) □ない



□定期受診の勧め

□受診が必要