

口臭についての質問票

年 月 日

カルテ No		名前	男・女	職業
歳		家族構成 夫・妻・子供・祖父母・父・母・兄・姉・ 弟・妹 / 一人暮らし	彼氏・彼女 ア、いる イ、いない	
口臭 指摘 経験	1	あなたが大船駅北口歯科口臭外来を受診することを家族の方は知っていますか？ ア、知っている イ、知らない		
	2	最近、身近な人（家族、彼氏、彼女）から口臭を指摘されましたか ア、はい イ、いいえ		
	2 (A)	どのような指摘ですか（具体的に）		
	3	過去に口臭を指摘されましたか？ ア、はい イ、いいえ		
	3 (A)	ある場合、誰からですか ア、父 イ、母 ウ、兄弟 エ、夫 オ、妻 カ、子供 キ、友人 ク、知り合い ケ、恋人		
	3 (B)	指摘をうけたのは、いつ頃ですか ア、小学校 イ、中学校 ウ、高校 エ、大学 オ、社会人 カ、分から ない キ、その他（ ）		
	3 (C)	その経緯（具体的に）		
口臭 に 対 す る 意 識 や 治 療 経 験 な ど	4	今、口臭があると思いますか？ ア、ある イ、ない ウ、わからない		
	5	口臭についてどれくらいの期間悩んでいますか？ ア、1年未満 イ、1～2年 ウ、2～3年 エ、3～4年 オ、4～5年 カ、5～10年 キ、10～20年 ク、20～30年 ケ、30年以上 コ、分からない		
	6	口臭を意識したきっかけは？ ア、自分で臭いに気がついた イ、人から直接指摘された ウ、他人が「臭 い」と言っているのを聞いた エ、他人のしぐさ オ、他人の口臭が気にな った カ、その他（ ）		
	7	今までに口臭治療をうけた事がありますか ア、ある イ、ない		
	7 (A)	何処で治療を受けましたか ア、大学病院 イ、歯科 ウ、内科 エ、耳鼻科 オ、神経科 カ、その他（ ）		

	7 (B)	治療内容について
	8	口臭を感じるのはいつですか ア、いつも      イ、起床直後      ウ、空腹時      エ、出勤時      オ、仕事 カ、退社時      キ、午前      ク、午後      ケ、帰宅時      コ、食後 サ、就寝前      シ、分からない ス、その他（      ）
	9	口臭を一番意識する状況 ア、人から指摘されたとき      イ、人との会話中      ウ、緊張時      エ、対話 中の相手の様子や態度を見たとき      オ、常に カ、その他（      ）
	10	口臭が気になるために困ることは ア、人と話ができない イ、人が自分を避けるようになった ウ、積極的な行動がとれず、すべてに消極的になってしまう エ、その他（      ）
	11	口臭を減らすために何をしていますか ア、特に何もしていない イ、歯磨きをよくしている ウ、ガムをよく噛んでいる エ、含嗽剤（うがい薬） 仁丹などを使用している オ、病院をいろいろ訪れている カ、舌苔を取る キ、舌苔を取っていた ク、その他（      ）
歯 磨 き 習 慣 な ど	12	歯磨きは1日何回しますか ア、1回      イ、2回      ウ、3回      エ、4回      オ、5回 カ、5回以上
	13	1回の歯磨きの時間 ア、1～2分      イ、2～3分      ウ、3～4分      エ、4～5分 オ、5分以上
	14	いつ歯を磨きますか ア、起床時      イ、朝食後      ウ、昼食後      エ、夕食後      オ、間食後 カ、就寝前 キ、その他（      ）

