

⑧食生活の状況についてお聞きします。

そのまま噛めるもの…○、小さくしたり、軟らかくすれば噛めるもの…△、噛めないもの…×
をご記入ください。

煮 豆	いためた玉ねぎ	きゅうり(薄切り)	ピーナッツ	かまぼこ
古たくあん	白菜のつけもの	酢だこ	ごはん	イカの刺身

⑨自覚症状と生活習慣についてお聞きします。

- | | | |
|-------------------------|----|-----|
| 1. 歯ぐきが腫れることがありますか | はい | いいえ |
| 2. 歯がしみることがありますか | はい | いいえ |
| 3. 歯ぐきから血が出る事がありますか | はい | いいえ |
| 4. 歯の治療は早めに受けるようにしていますか | はい | いいえ |
| 5. 自分の歯ブラシがありますか | はい | いいえ |
| 6. 歯みがきを1日2回以上していますか | はい | いいえ |
| 7. 間食をよくしますか | はい | いいえ |
| 8. 趣味はありますか | はい | いいえ |
| 9. たばこを吸いますか | はい | いいえ |
| 10. かかりつけの歯医者さんはいますか | はい | いいえ |

⑩今後の調査（歯科健診と質問）にご協力をいただけますか？

1. はい 2. いいえ



ご協力をいただける方へ

今後の調査は、公民館等の調査会場にお越しいただくか、もしくはご自宅（施設）への訪問調査を検討しております。詳細は後日、順次、担当者よりお電話にてご連絡させていただきますので、連絡先をご記入願います。

★連絡可能な電話番号（ ） —

ご自宅以外の連絡の場合、 —

※恐れ入りますが、氏名・性別・生年月日をご記入下さい。

【氏名】 _____ 【性別】 男・女 【生年月日】 大正 年 月 日生

ご協力ありがとうございました。平成 23 年 10 月末必着でご返信下さい。

愛 知 県 ・ 社団法人愛知県歯科医師会

調査日：平成 年 月 日 ID：_____

県歯提出用

平成23年度 歯とお口と健康長寿の調査

氏名 ふりがな _____ 生年月日 大正 年 月 日生

調査歯科医師名 _____ 日歯会員コード 51 - _____ 地区 _____

1. 歯の状況(歯科医師による確認)

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
右																	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

／：健全歯 ○：処置歯 C：カリエス
 C4：残根(現在歯数には含めない) △：欠損歯 ⊕：欠損補綴

現在歯数(／+○+Cの合計)

本

2. 口腔機能評価

- 以下の当てはまる項目に○をつけて下さい。(聞き取り調査)

(1) 食事中にむせる (2) 飲み込みにくい (3) よだれ (4) 食べこぼし (5) 口のかわき (6) 問題なし

※口腔機能評価(上記(1)~(5))で1つでも○のある方には、次の反復唾液嚥下テスト(RSST)[※]を実施して下さい。RSST検査の実施手順は本調査票の最終ページに記載してありますので、必ずご一読下さい。

3. 反復唾液嚥下テスト：RSST(歯科医師による確認)

【注意】検査条件を一定にするためRSSTの前にお口を湿らせる程度に水をほんの一口飲ませて下さい。

- 30秒間での唾液嚥下回数(中止の場合、理由に○を付けて下さい)

0回 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回以上 ・ 測定中止

【中止の理由】指示が伝わらない・座位不能・明らかな誤嚥・その他 _____

※RSST検査は、喉頭隆起(のど仏)に指を乗せ、唾を飲み込んだ時に指を乗り越えることで嚥下反射を確認します。30秒間に、嚥下反射が2回以下の場合は嚥下障害を疑います。

4. 調査方法

(1) 来院 (2) 訪問 (3) 集団

※別紙「人生の志向性に関する質問票」を添付して下さい。

愛知県・愛知県歯科医師会