

口腔機能問診票

お名前

お口の健康と機能に関する質問です。
ここ2.3年から最近のことについて当てはまるものにチェックをして下さい。

□ 現在入れ歯を使用していますか

□以前に比べて食事に時間がかかるようになりましたか

□食事中や、飲み物を飲んだ時にむせることはありますか

□硬い食べものを避けるようになりましたか

□口が乾くと感じるようになりましたか

□口から食べ物がこぼれることがありますか

□口の中に食べ物が残ることがありますか

□会話が減ったと感じますか

□滑舌が前より悪くなった、話しにくいですか

□体重減少がありますか

※ご回答いただいた内容は、お口の機能を維持・向上させるための診断・計画に活用させていただきます。