

## 後期高齢者歯科健診問診票

太枠内の必要事項をご記入下さい。

～ご記入後は歯科医療機関へご提出下さい～

名前 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ Kg

BMI = 体重(kg) ÷ 身長(m) ÷ 身長(m) : \_\_\_\_\_ 歯科医師記入

あてはまる数字に○をつけてください。

1	オーラルフレイルについて聞いたことがありますか	1 はい 2 いいえ
2	ご自分の歯や口の状態で気になる事は何ですか (○はいくつでも)	1 むし歯 2 歯周病 3 口臭 4 義歯 5 噛みにくい 6 飲み込みにくい 7 その他 ( )
3	現在、いずれかの病気で治療を受けていますか (○はいくつでも)	1 高血圧 2 糖尿病 3 脳卒中 4 がん 5 心臓病 6 肺疾患 7 骨粗鬆症 8 その他 ( )
4	歯みがきや、義歯の清掃は毎日行っていますか	1 はい 2 いいえ
5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1 はい 2 いいえ
6	お茶や汁物等でむせる事がありますか	1 はい 2 いいえ
7	口の渇きが気になりますか	1 はい 2 いいえ
8	しゃべりづらくなってきたり、滑舌が悪くなってきたと感じますか	1 はい 2 いいえ
9	過去1年間で、肺炎にかかった事がありますか	1 はい 2 いいえ
10	過去1年間で転んだ事がありますか	1 はい 2 いいえ
11	外出の機会が減ったと感じますか	1 はい 2 いいえ
12	6ヵ月間で2～3kg以上の体重減少がありますか	1 はい 2 いいえ
13	世帯状況をお聞かせください	1 一人暮らし 2 夫婦二人暮らし (65歳以上のみ) 3 その他世帯 例：子夫婦と同居 ( )
14	一日の食事回数をお聞かせください ( )に回数を記入し、該当するもの全てに○をしてください	( )回 朝・昼・夕・その他
15	食事の環境をお聞かせください	1 いつも一人で食べている 2 一人で食べることが多い 3 家族など複数人で食べる事の方が多い
16	年に1回以上は歯科医院で定期健診を受けていますか	1 はい 2 いいえ
17	要支援・要介護認定を受けていますか	1 はい 2 いいえ

※ 歯科健診のデータは、広島県後期高齢者医療広域連合や市町が行う保健指導事業、介護予防事業、疾病予防事業等の推進に活用することがありますのでご了承ください。