

妊婦歯科健診問診票

母子手帳No.

健診日 年 月 日

血圧 /

妊婦氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳
出産予定日	年 月 日	妊娠週数	週	何人目のお子さんですか	人目

下記の質問にお答えください。

- | | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| 1 つわりの症状は落ち着いていますか | はい | いいえ |
| 2 妊娠してから特に口の中の状況に変化はありましたか | はい | いいえ |
| 3 口の中で痛いところ、しみる場所がありますか | はい | いいえ |
| 4 歯ぐきが腫れたり、歯を磨くと血がでることがありますか | はい | いいえ |
| 5 口臭が気になりますか | はい | いいえ |
| 6 デンタルフロスや歯間ブラシを使っていますか | はい | いいえ |
| 7 定期健診や歯石除去をしてもらえるかかりつけ歯科医がいますか | はい | いいえ |
| 8 1年以内に歯の歯科健診を受けたことがありますか | はい | いいえ |
| 9 1年以内に歯石や歯の汚れを取り除いてもらったことがありますか | はい | いいえ |
| 10 甘味食品や甘味飲料(炭酸飲料や缶コーヒー等)をとる習慣がありますか | はい | いいえ |
| 11 たばこを吸っていますか | はい | いいえ |
| 12 歯のことで困っていることはありますか | はい | いいえ |

具体的に

