

患者番号 _____ お名前 _____ 実施 年 月 日 才 実施時期区分 _____

 1. 歯磨きはいつしますか？
 起床時 朝食後 昼食後 夕食後 入浴時 就寝前

 2. 就寝前の歯磨き習慣
 毎日磨く 1週間に1,2回忘れる ほとんどしない しない

 3. 就寝前に歯磨きをした後に飲食をしますか？
 しない する

 4. フッ素歯磨剤の使用は1日何回ですか？
 2回以上 1回 使用していない

 5. フッ素歯磨剤の使用量
 適切 不足


 6. 歯磨き時のうがいの回数
 2回以下 3回以上

 7. 砂糖入飲み物を食事の間に何回飲みますか
 食間に1回以内 食間に2回以上

 8. 飲み物の種類
 水・お茶 ジュース 砂糖入りコーヒー紅茶 栄養ドリンク 砂糖なしコーヒー紅茶
 乳酸飲料(ヨーグルト・ヤクルト) スポーツドリンク 野菜ジュース 炭酸飲料
 缶コーヒー紅茶 牛乳 お酢 エナジードリンク アルコール飲料

 9. 間食はしますか？
 食間に1回以内 食間に2回以上

 10. 菓子の種類
 クッキー グミ チョコレート 和菓子 アイスクリーム 果物 アメ ハイチュウ スナック菓子
 菓子パン せんべい その他

 11. 食事、間食、砂糖入飲物の合計回数
 5回以下 6回以上

 12. 口腔衛生状態
 現状でよい 一部改善必要 かなり改善必要

 13. 1年以内の新規う蝕治療(充填・補綴等)
 なし あり

 14. CAT21結果 実施 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0

 15. 根面露出と根面上プラーク
 根面露出なし 根面露出ありでプラークなし 根面露出ありでプラークあり

 16. 口腔乾燥
 なし 自覚症状あるが口腔乾燥の所見なし 口腔乾燥の所見あり

 17. 唾液量(5分間)
 _____ ml