

# ガム咀嚼時の口腔内状況に関する質問用紙 (参考)

氏名	男・女	歳
----	-----	---

本人記入欄

## I 口の中の症状についてお聞きします

1	歯を抜いたことがありますか (親知らずを除く)	はい	いいえ
2	歯が抜けたままになっていますか	はい	いいえ
3	取り付けの入れ歯が入っていますか	はい	いいえ
4	取り外しの入れ歯が入っていますか	はい	いいえ
5	穴の開いたむし歯がありますか	はい	いいえ
6	ぐらついた歯がありますか	はい	いいえ
7	歯ぐきから血が出やすいですか	はい	いいえ
8	口内炎ができていますか	はい	いいえ

## II ガムを口に入れるときの状態についてお聞きします

1	口があけづらかったですか	はい	いいえ
2	顎の関節から音がしましたか	はい	いいえ
3	顎の周囲の筋肉に痛みがありましたか	はい	いいえ

## III ガムを噛んでいるときの口の状態についてお聞きします

1	ガムの硬さはどうでしたか	硬い	普通	柔らかい
2	唾液の出方に変化がありましたか	変化なし	多くなった	
3	味がしましたか	はい	いいえ	
4	歯に痛みを感じましたか	はい	いいえ	
5	「はい」の方は、部位はどこですか	右奥上	上の前歯	左奥上
		右奥下	下の前歯	左奥下
6	口の中で噛みにくいところがありましたか	はい	いいえ	
7	「はい」の方は、部位はどこですか	右奥上	上の前歯	左奥上
		右奥下	下の前歯	左奥下
8	歯がぐらついているところがありましたか	はい	いいえ	
9	「はい」の方は、部位はどこですか	右奥上	上の前歯	左奥上
		右奥下	下の前歯	左奥下
10	口臭を感じましたか	はい	いいえ	
11	スムーズに噛めましたか	はい	いいえ	
12	顎の関節に痛みがありましたか	はい	いいえ	
13	顎の関節から音がしましたか	はい	いいえ	
14	顎の周囲の筋肉に痛みがありましたか	はい	いいえ	
15	顎が疲れた感じがありましたか	はい	いいえ	
16	つばはうまく飲み込めましたか	はい	いいえ	
17	左右どちらの歯で噛んでいましたか	右	左	

検査者記入欄

## IV 混合ガム判定

		1	2	3
噛んだ回数	30回	もっとよく噛みましょう	よく噛みましょう	とてもよく噛めています
	60回	もっと頑張ってください	もうすこしよく噛みましょう	よく噛めています