

歯科検診用アンケート

春日井市立鳥居松小学校

年	組	番	氏名
---	---	---	----

歯科検診の参考とするため、事前にアンケートを実施します。下記の質問に回答をお願いします。

提出期限：5月27日(金)

◇ 次の質問の該当するところに○印をつけてください。

1	□が開けにくいですか。	は い ・ いいえ
2	□を開けるときに、あごの関節(耳の前後)が痛みますか。	は い ・ いいえ
3	□を開けたり、閉じたりするときに、あごの関節でガクンとかゴリゴリとか、変な音がしますか。	は い ・ いいえ
4	矯正の状況についてお尋ねします。	・ 矯正していない ・ 経過観察中 ・ 治療中 ・ その他 ()