

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25日(木)

◇ 次の質問の該当するところに○印をつけてください。

1	口が開けにくいですか。	は い ・ いいえ
2	口を開けるときに、あごの関節（耳の前後）が痛みますか。	は い ・ いいえ
3	口を開けたり、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。	<ul style="list-style-type: none">• 矯正していない• 経過観察中• 治療中• その他 ()