

2・4・6年用歯科検診用アンケート

年 組 番 氏名 (男・女)

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。
次の質問に回答をお願いします。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、該当するところに○印をつけてください。 該当するところがない場合は、その他に詳細を記入してください。		(1) 現在、治療はしていません。
			(2) 歯科医の指導のもとで経過観察中です。
			(3) 矯正治療中です。
			(4) その他 ()

※ 5月10日(木)までに提出してください。