

歯科検診用アンケート

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。

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、該当する番号に○印をつけてください。該当するものがない場合は、その他に詳細を記入してください。
 - (1) 現在、矯正はしていません。
 - (2) 経過観察中です。
 - (3) 治療中です。
 - その他（ ）

5月30日（金）までに提出してください。

あなたの^{くち}口の中はどうなっているでしょうか？

歯科検診のとき、歯医者さんがなんとおっしゃっているかわかりますか？

耳をすませて、自分の^{くち}口の中がどうなっているか、よく聞いてみましょう。

C（シー）：むし歯になっています。 CO（シーオー）：むし歯になりかけた歯です。

G（ジー）：歯肉炎です。 GO（ジーオー）：歯肉炎になりかけています。

