

No. \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

DH \_\_\_\_\_

食事記録・問診票

年 月 日

○飲食（間食を含む）の時間に 食事○ 飲み物×を、就寝時間に△を打ってください

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 時

I-----I

○よく食べるおやつは何ですか？

- 1. アメ
- 2. ガム
- 3. チョコレート
- 4. クッキー
- 5. せんべい
- 6. その他

[ \_\_\_\_\_ ]

○よく飲む飲み物は何ですか？

- 1. お茶 水
- 2. コーヒー（砂糖・ミルク）
- 3. 紅茶（砂糖・ミルク）
- 4. ジュース
- 5. スポーツドリンク
- 6. 牛乳
- 7. 晩酌（毎日・2、3日/週 4、5日/週）

○飲食回数 \_\_\_\_\_ 回/日

○歯ブラシの種類 電動・手動

○歯磨きの回数 \_\_\_\_\_ 回/日

○歯磨き粉 無・有（歯磨剤名：\_\_\_\_\_）

歯磨き粉の量を記入してください→

[ \_\_\_\_\_ ]

○歯磨きの時間 約 \_\_\_\_\_ 分

○歯磨き後のうがい \_\_\_\_\_ 回

○歯ブラシ以外の道具の使用 無・有（フロス・糸ようじ・歯間ブラシ・フッ素・洗口剤・その他\_\_\_\_\_）

○歯ぎしりや食いしばり 有・無・わからない

○矯正の経験 無・有（完了・保定中・中断）

○食事の噛み方 よく噛む・普通・あまり噛まない

○喫煙の経験 無・有（ \_\_\_\_\_ 歳～ \_\_\_\_\_ 歳・ \_\_\_\_\_ 本/日）

○禁煙期間 無・有（ \_\_\_\_\_ 年間）

○全身疾患 無・有（高血圧・糖尿病・脳梗塞・心筋梗塞・遺伝子疾患・消化器疾患・血管疾患・肝疾患・腎疾患・骨粗鬆症・血液疾患・その他\_\_\_\_\_）

○アレルギー 無・有（\_\_\_\_\_）

○常用薬剤 無・有（\_\_\_\_\_）

その他希望や要望があればご記入ください