

口臭についての質問票

年 月 日

カルテ NO		名前	男・女	職業
歳		家族構成 夫・妻・子供・祖父母・父・母・兄・姉・弟・妹 / 一人暮らし	彼氏・彼女 ア、いる イ、いない	
口臭指摘経験	1	あなたが 河野 歯科口臭外来を受診することを家族の方は知っていますか？ ア、知っている イ、知らない		
	2	最近、身近な人（家族、彼氏、彼女）から口臭を指摘されましたか ア、はい イ、いいえ		
	2 (A)	どのような指摘ですか（具体的に）		
	3	過去に口臭を指摘されましたか？ ア、はい イ、いいえ		
	3 (A)	ある場合、誰からですか ア、父 イ、母 ウ、兄弟 エ、夫 オ、妻 カ、子供 キ、友人 ク、知り合い ケ、恋人		
	3 (B)	指摘を受けたのは、いつ頃ですか ア、小学校 イ、中学校 ウ、高校 エ、大学 オ、社会人 カ、分からない キ、その他（ ）		
	3 (C)	その経緯（具体的に）		
口臭に対する意識や治療経験など①	4	今、口臭があると思いますか？ ア、ある イ、ない ウ、わからない		
	5	口臭についてどれくらいの期間悩んでいますか？ ア、1年未満 イ、1～2年 ウ、2～3年 エ、3～4年 オ、4～5年 カ、5～10年 キ、10～20年 ク、20～30年 ケ、30年以上 コ、分からない		
	6	口臭を意識したきっかけは？ ア、自分で臭いに気がついた イ、人から直接指摘された ウ、他人が「臭い」と言っているのを聞いた エ、他人のしぐさ オ、他人の口臭が気になった カ、その他（ ）		
	7	今までに口臭治療を受けた事がありますか ア、ある イ、ない		
	7 (A)	何処で治療を受けましたか ア、大学病院 イ、歯科 ウ、内科 エ、耳鼻科 オ、神経科 カ、その他（ ）		
	7 (B)	治療内容について		

口臭に 対する 意識 や 治療 経験 など ②	8	口臭を感じるのはいつですか ア、いつも イ、起床直後 ウ、空腹時 エ、出勤時 オ、仕事 カ、退社時 キ、午前 ク、午後 ケ、帰宅時 コ、食後 サ、就寝前 シ、分からない ス、その他（ ）
	9	口臭を一番意識する状況 ア、人から指摘されたとき イ、人との会話中 ウ、緊張時 エ、対話 中の相手の様子や態度を見たとき オ、常に カ、その他（ ）
	10	口臭が気になるために困ることは ア、人と話ができない イ、人が自分を避けるようになった ウ、積極的な行動がとれず、すべてに消極的になってしまう エ、その他（ ）
	11	口臭を減らすために何をしていますか ア、特に何もしていない イ、歯磨きをよくしている ウ、ガムをよく噛んでいる エ、含嗽剤（うがい薬） 仁丹などを使用している オ、病院をいろいろ訪れている カ、舌苔を取る キ、舌苔を取っていた ク、その他（ ）
歯 磨 き 習 慣	12	歯磨きは1日何回しますか ア、1回 イ、2回 ウ、3回 エ、4回 オ、5回 カ、5回以上
	13	1回の歯磨きの時間 ア、1～2分 イ、2～3分 ウ、3～4分 エ、4～5分 オ、5分以上
	14	いつ歯を磨きますか ア、起床時 イ、朝食後 ウ、昼食後 エ、夕食後 オ、間食後 カ、就寝前 キ、その他（ ）
	15	歯磨き剤は ア、市販製品 イ、つけない ウ、塩 エ、エクセレントブレス オ、その他（ ）

口腔内の症状	16	ア、歯を磨くと出血 イ、歯茎が赤く腫れている ウ、歯茎から膿が出て臭う エ、歯と歯の間にもものがつまる オ、動いている歯がある カ、虫歯がある キ、歯痛がある ク、口が乾燥する ケ、口の中がネバネバする コ、舌が白い サ、その他、()
咽頭部の症状	17	ア.喉がカラカラしやすい イ.喉がヒリヒリする ウ.喉がネバネバする エ.喉の臭気を感じる オ.膿栓(くさい玉)がよく出る カ.その他()
鼻腔内の症状	18	ア.鼻が詰まりやすい(左・右・両方) イ.鼻腔内の乾きを感じる ウ.鼻糞がたまりやすい エ.鼻臭を感じる オ.鼻の奥が重たい カ.ネバネバした鼻汁が出やすい キ.後鼻漏が喉の奥にたまりやすい ク.その他()
胃腸の症状	19	ア.胃液が逆流しやすい イ.ゲップがよく出る ウ.オナラが出やすい エ.胃がキリキリ痛むことがよくある オ.胃が重たい カ.下痢しやすい キ.便秘しやすい ク.その他()
既往歴・及び習癖など	20	現在、次のような病気にかかっていますか ア、膿などの鼻の病気 イ、扁桃腺などの喉の病気 ウ、花粉アレルギー エ、慢性鼻炎 オ、喘息 カ、アトピー性皮膚炎 キ、肺や気管支の病気 ク、胃腸疾患 ケ、貧血 コ、心臓病 サ、肝臓病 シ、腎臓病 ス、高血圧 セ、糖尿病 ソ、婦人性疾患 タ、生理不順 チ、甲状腺機能障害 ツ、便秘 テ、下痢 ト、癌 ナ、ドライアイ ニ、その他 ()
	21	口呼吸をしていますか ア、いる イ、いない ウ、分からない
	22	現在、薬を服用していますか ア、いる (薬品名) イ、いない
	23	現在、サプリメント・ビタミン剤等を服用していますか ア、いる (薬品名) イ、いない
	24	タバコをすいますか ア、吸う (1日 本) イ、吸わない
	25	飲酒状況や特殊な飲用習慣について
	26	仕事、家族、友人などのことでの悩みはありますか ア、ある イ、ない
	27	あなたの性格はどのような性格だと自分で思いますか? (血液型 型)

