

フリガナ

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：男・女

〒

住所： _____

電話番号： _____

1. いつ頃から口臭に気が付きましたか
2. どの様に口臭を見つけましたか (自分で気が付いた、他人が教えてくれた…など)

3. 現在、口臭予防で何か取り組んでいる事があれば、具体的に教えて下さい

食後の歯磨き 電動歯ブラシ 糸ようじ ガム 口臭予防洗口剤 サプリメント 健康食品

4. 以下に該当する所があれば、○で囲んで下さい

歯ぐきから出血する 歯が浮いたりグラグラの歯がある 口や喉がよく乾く 目が乾く 口内炎が出来る
口が粘る 口が苦いと感じる 舌の表面に苔が付く ゲップがよく出る オナラが臭い タバコを吸う
辛い味や香辛料が好き 社会、家族生活に支障がある

5. 今までに、口臭を医師・歯科医師に相談、受診した事がありますか

診療科目 _____ 科 _____ 受診歴 _____ 年頃

処置内容 _____

6. 1日の内で、最も口臭を感じるのはいつですか

一日中 朝起きた時 空腹時 喉が渴いた時 人と会話している時 午前中 午後

7. 現在、以下の疾患にかかっていますか 該当する物があれば。○で囲んで下さい

蓄膿症 気管支炎 胃腸疾患 糖尿病 肝臓病 自己免疫疾患 心臓病 アレルギー

その他：

8. その他に、ご自身の身体や健康の事で気になっている事はありますか

9. あなたは、自分の口臭の原因は何だと思っていますか

歯ぐき臭・虫歯臭・唾液臭 鼻臭・のど臭・痰臭・肺臭 胃臭・ゲップ臭

腸臭・便臭・おなら臭 汗臭・ワキガ・足臭・体臭・頭皮臭 食後臭 生理臭

10. その他、診療に対するご希望、特別に配慮してもらいたいご要望などはありますか

11. 測定終了後レポートを送付します。その封筒に当院の印鑑を押してもよろしいですか

(○or×)