

コアラ歯科カウンセリングシート

パターン1 問診による「カリエスリスク」判定項目（学生用）

年 月 日 NO. 氏名 才

担当：先生・神谷・朽木・浩実

1. 学校の授業の中で得意または好きな科目は？ _____
2. 1日の食事の回数は？ 2回・3回・4回・5回・6回
3. 食事にかかる時間は？ 朝 分 ・ 昼 分 ・ 夜 分
4. 1日の歯ブラシの回数は？ 0回・1回・2回・3回・4回・5回・6回
5. 歯ブラシはいつしますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜
6. 朝のいつですか？ 起きてすぐ・食前・食後すぐ・食後30分
7. 学校では給食後に歯ブラシをしますか？ しっかりやる・てきとう・しない
8. 夜のいつですか？ 食事後すぐ・食事30分以降・寝る前
夕食の時間は PM 寝る時間は PM
9. 歯ブラシをする時間は？ 30秒・1分・2分・3分・5分以上
10. 父母が仕上げ磨きを、毎日する・時々する・全くしない
11. 糸ようじは使っていますか？ 使っている・時々使っている・使っていない
12. 歯間ブラシは使っていますか？使っている・時々使っている・使っていない
13. 手鏡を持って歯の汚れがとれているか確認していますか？ している・していない
14. 歯磨き粉は、いつもつける・時々つける・つけない
つける量は 多い・少ない フッ素入りを 使用している・していない
15. 学校から帰る時間は？ _____
16. 間食（おやつ）は、 毎日食べる・時々食べる・食べない
17. おやつ時間は？ 決めている・決めていない
18. おやつを食べる時間は？ 午前中・午後・夕方・8時以降
19. 好きなおやつは？ チョコ・あめ・ガム・ポチ・ケーキ・グミ・せんべい・アイス・パン・クッキー
20. 甘いものは、 よく食べる・あまり食べない
21. 好きな食べ物は？ _____
22. 口が乾く感じは？ ある・ない
23. 唾液の量は？ 多い・普通・少ない
24. 飲み物は？ よく飲む・あまり飲まない
25. よく飲むものは？ 水・お茶・コーヒ・ポカリ・牛乳・乳ツヅジュース・炭酸系(サダ-ー-ラ)
26. 鼻炎に罹患していますか？ はい・いいえ
26. 慢性気管支炎ですか？ はい・いいえ
27. アトピー性皮膚炎ですか？ はい・いいえ
28. ねぞうは悪いほうですか？ はい・いいえ
29. 夜、口を開けて寝ますか？ はい・いいえ
30. いびきは？ する・しない
31. 現在、薬を服用していますか？ はい・いいえ 何の薬？ _____
32. おこずかいをもらっていますか？ はい・いいえ _____ 円
33. 趣味はなんですか？ _____