

# 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（一般用）

年 月 日 NO. 氏名 才

担当 先生・神谷・朽木・浩実

1. 1日の食事の回数は？ 2回・3回・4回・5回・6回
2. 食事にかかる時間は？ 朝 分・昼 分・夜 分 晩酌は？
3. 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
4. 歯ブラシはいつしますか？ 朝 ・ 昼 ・ 夜
5. 朝のいつですか？ 起きてすぐ・食前・食後すぐ・食後30分
6. 昼のいつですか？ 昼食前・昼食後すぐ・昼食30分後
7. 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
8. 歯ブラシをする時間は？ 30秒・1分・2分・3分・5分以上→分
9. 食後に爪楊枝を使ったりしますか？ 使っている・時々使っている・使っていない
10. 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
11. 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
12. 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
13. 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・ブラシ半分・少なめ フッ素入りを 使用している・していない・わからない
14. 間食（おやつ）は、 毎日食べる・時々食べる・食べない
15. おやつ時間は？ 決めている・決めていない
16. おやつを食べる時間は？ 午前中・午後・夕方・8時以降
17. 好きな食べ物は？
18. 好きなおやつは？ チョコ・あめ・ガム・ケーキ・せんべい・アイス・パン・クッキー
19. 甘いものは、 よく食べる・あまり食べない
20. 口が乾く感じは？ ある・ない 21. 唾液の量は？ 多い・普通・少ない
22. 飲み物は？ よく飲む・あまり飲まない
23. よく飲むものは？ 水・お茶・コーヒー・ポカリ・牛乳・カルピス・ジュース・炭酸系(サイダー・コーラ)  
コーヒーに入れるのは？ 砂糖・ミルク
24. 趣味はなんですか？
25. たばこは吸いますか？ はい・いいえ 1日 本
26. お酒は飲みますか？ 毎日・時々・飲まない 量は？
27. お住まいは？ 一戸建て・アパート・その他（）
28. 家族構成は？ 人 父・母・夫・妻・子ども 人・祖父・祖母・孫・兄弟・一人暮らし  
子どもの年齢（例：長男5才、長女2才）  
子どもの歯科受診経験 ある・ない 何歳の時？  
何歳で歯科受診する予定？ 歳→生後6ヶ月受診スタートは知っていますか？ はい・いいえ
29. 鼻炎に罹患していますか？ はい・いいえ 30. 慢性気管支炎ですか？ はい・いいえ
31. アトピー性皮膚炎ですか？ はい・いいえ
32. 現在、薬を服用していますか？ はい・いいえ 何の薬？
33. ねそちは悪いほうですか？ はい・いいえ 34. 夜、口を開けて寝ますか？ はい・いいえ
35. いびきは？ する・しない 36. あなたの健康法はなんですか？