

咬合疾患と全身との関係にかかわるアンケート

① 基本情報（記入者：患者本人）

|       |       |
|-------|-------|
| お名前   | 年齢・性別 |
| ご職業   |       |
| 来院の主訴 |       |

|                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ② 咬合に関する自覚症状（はい・いいえ形式）         | はい                       | いいえ                      |
| 歯ぎしりや食いしばりをしていると指摘されたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 朝起きたときにあごが疲れている、こわばっていると感じますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 口を開けるとときに音がする、引っかかる感じがありますか？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 頭痛や首・肩のこりが続いていますか？             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 噛んだときにどこかの歯だけに強く当たる感じがありますか？   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 歯がすり減っている、欠けていると感じますか？         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 顔の左右差や歪みを感じたことがありますか？          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                         |                                                                                                                                        |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ③ 全身症状との関連（5段階評価 or 記述） | 該当度（1＝まったくない～5＝非常に強い）                                                                                                                  |
| 頭痛                      | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 首や肩こり                   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 姿勢が悪い・猫背になりやすい          | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 目の疲れ                    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 不眠・中途覚醒                 | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| 胃腸不調                    | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |
| イライラ・集中困難               | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> |

|                         |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ④ 食習慣・ストレス・生活状況         | はい                       | いいえ                      |
| ストレスを感じやすい生活をしていますか？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 硬いもの（干物、ナッツなど）をよく食べますか？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 睡眠時間は6時間以下が多いですか？       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 姿勢が悪いと指摘されたことがありますか？    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

⑤ 自由記述欄「ご自身の体調や気になる症状について、どんな些細なことでもご記入ください」

備考記入欄（例：1日何回など）