

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？ ☐ はい ☐ いいえ

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？ ☐ はい ☐ いいえ

口を開けるときに音がする、引っかかる感じがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

頭痛や首・肩のこりが続いていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

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？ ☐ はい ☐ いいえ

歯がすり減っている、欠けていると感じますか？ ☐ はい ☐ いいえ

顔の左右差や歪みを感じたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

首や肩こり 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

姿勢が悪い・猫背になりやすい 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

目の疲れ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

不眠・中途覚醒 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

胃腸不調 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

イライラ・集中困難 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

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？ ☐ はい ☐ いいえ

硬いもの(干物、ナッツなど)をよく食べますか？ ☐ はい ☐ いいえ

睡眠時間は6時間以下が多いですか？ ☐ はい ☐ いいえ

姿勢が悪いと指摘されたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

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)