

ホームケア問診票

カルテ No: 6759 氏名: _____ 日付: _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の問診に記入と○付けをするようにしてください。ご協力の程よろしくお願い致します。

Q ブラッシングは1日何回しますか: 1日 _____ 回 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前

Q ブラッシングの時間: _____ 分

Q 今までブラッシング指導を受けたことあるか: なし・あり

Q 磨く場所: ①洗面所・お風呂・キッチン・リビング / ②ながら磨き する・しない

/③鏡を 見る(貼り付け鏡・手鏡)・見ない

Q 歯ブラシ: 手用歯ブラシ(商品名: _____)・電動歯ブラシ(商品名: _____)

Q 歯ブラシ交換頻度: _____ (例…～日、～週、～ヶ月等)

Q 小道具: 使用なし・使用あり

→ 使用頻度 _____ 回/日 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前

*糸ようじ *フロス *スーパーフロス *歯間ブラシ (サイズ: _____)

Q 歯磨剤: _____ (商品名) / フッ素配合あり・フッ素配合なし・不明

Q 洗口液: _____ (商品名)

→ 使用頻度 _____ 回/日 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前

Q その他ケア用品: 使用なし・使用あり _____ (商品名) → 使用頻度 _____ 回/日

Q 食事について: 間食をとる(規則的・不規則)・間食しない / 習慣的飲料(_____)

Q 睡眠時間: 1日の睡眠時間 _____ 時間

Q 喫煙: なし・あり (1日の本数: _____)