

1 使用中の歯ブラシ	(一般販売 ・ 歯科専売)	6 ストロークの大きさ	<input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 大きい <input type="checkbox"/> 小さい
メーカー名		7 ブラッシング方法	<input type="checkbox"/> 水平法 (横磨き) <input type="checkbox"/> 垂直法 (縦磨き) <input type="checkbox"/> スクラビング法 <input type="checkbox"/> 1歯ずつの縦磨き法 <input type="checkbox"/> バス法・バス改良法 <input type="checkbox"/> フォーンズ法 <input type="checkbox"/> ローリング法 <input type="checkbox"/> その他 ()
商品名		8 握力	<input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い
メーカーによる使用感の表示	(S SS MS M MH H その他)	9 手指機能	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> ストロークが不安定 <input type="checkbox"/> 不自由
家庭用品品質表示	(やわらかめ ふつう かため)	10 ブラッシングに対する意欲	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> やや高い <input type="checkbox"/> やや低い <input type="checkbox"/> 低い
2 今回の歯ブラシを選んだ理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 毛の質感 <input type="checkbox"/> 大きさ <input type="checkbox"/> ネックデザイン <input type="checkbox"/> ハンドルデザイン <input type="checkbox"/> 家族が用意したもの <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 価格 円程度	11 希望のブラッシングスタイル	<input type="checkbox"/> 効率よく短時間でやりたい <input type="checkbox"/> 時間をかけて丁寧なブラッシングが可能
3 歯ブラシを選ぶ時に大切にしたいこと	<input type="checkbox"/> 毛の質感 <input type="checkbox"/> 大きさ <input type="checkbox"/> ネックデザイン <input type="checkbox"/> ハンドルデザイン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 価格 円程度	12 ブラッシング指導経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 指導内容 () <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 継続していない
4 歯ブラシの持ち方	<input type="checkbox"/> パームグリップ <input type="checkbox"/> ペングリップ <input type="checkbox"/> その他 ()	13 備考欄	
5 ブラッシング圧	<input type="checkbox"/> 適度 <input type="checkbox"/> 強い <input type="checkbox"/> 弱い		

目的		カリエス予防対策・歯肉炎予防対策			縁上の隙間磨き対策	歯周病対策
毛先の形状 (推奨)		ラウンド毛・テーパー毛			コシのあるスーパーテーパー毛 (先端極細毛)	歯周疾患対策用スーパーテーパー毛 (先端極細毛)
		ミディアム	ソフト	ハード		
1 歯肉について	a. 炎症	<input type="checkbox"/> 健康もしくは軽微な炎症あり			<input type="checkbox"/> 薬物性歯肉肥大 <input type="checkbox"/> 歯間乳頭に限局した炎症	<input type="checkbox"/> 強い発赤・腫脹 <input type="checkbox"/> 重度の炎症 <input type="checkbox"/> 歯肉縁下より出血あり <input type="checkbox"/> 歯肉縁下より排膿あり
	b. ポケット	<input type="checkbox"/> 辺縁歯肉の発赤・腫脹				
	c. 付着歯肉の幅	<input type="checkbox"/> 十分あり	<input type="checkbox"/> 少ない	<input type="checkbox"/> 十分あり	*ミント歯ブラシΩ	<input type="checkbox"/> 4mm以上 <input type="checkbox"/> 歯肉退縮のため少ない
	d. 角化上皮の状態	<input type="checkbox"/> 十分あり	<input type="checkbox"/> 薄い	<input type="checkbox"/> 十分あり		
2 残存プラーク・歯石	<input type="checkbox"/> PC良好 <input type="checkbox"/> 歯頸部にプラークの付着あり	<input type="checkbox"/> 歯面のハードプラーク <input type="checkbox"/> 歯肉縁上歯石沈着	<input type="checkbox"/> 修復物マージンのプラーク <input type="checkbox"/> 隣接面のプラーク	<input type="checkbox"/> 歯肉縁下のプラーク <input type="checkbox"/> 歯肉縁下歯石沈着		
3 歯牙	<input type="checkbox"/> 歯面に光沢がある (脱灰による白濁はない) <input type="checkbox"/> 隣接面の修復物がほとんどない <input type="checkbox"/> 酸蝕症の傾向あり	<input type="checkbox"/> ステインあり <input type="checkbox"/> 咀嚼に関与していない歯牙がある <input type="checkbox"/> 粗造感がある	<input type="checkbox"/> 小窩裂溝が深い <input type="checkbox"/> 修復物が多い <input type="checkbox"/> 不適合修復物がある <input type="checkbox"/> 歯間鼓形空隙が大きい	<input type="checkbox"/> 動揺がある <input type="checkbox"/> 病的歯牙移動あり <input type="checkbox"/> 露出根面あり <input type="checkbox"/> インプラント		
4 口臭		<input type="checkbox"/> プラークまたは乾燥由来		<input type="checkbox"/> 歯周病由来		
5 唾液	a. 潤い	<input type="checkbox"/> あり (唾液分泌正常)	<input type="checkbox"/> 口腔乾燥			
	b. 性質	<input type="checkbox"/> さらさら	<input type="checkbox"/> 粘稠度が高い			

*ミント歯ブラシΩは中心列のみハード毛 周囲はソフト毛を植毛

台座の大きさ	コンパクト先細、オーバル	<input type="checkbox"/> 下顎舌側に骨隆起がある	<input type="checkbox"/> 小帯の位置異常がある <input type="checkbox"/> 歯列狭窄 <input type="checkbox"/> 口腔前庭が狭い	【補助道具】 歯間ブラシ 1列ブラシ、2列ブラシ ワンタフトブラシ スーパーフロス 他	<input type="checkbox"/> インプラントが埋入している <input type="checkbox"/> 根分岐部が露出している <input type="checkbox"/> 局所的な歯肉退縮がある <input type="checkbox"/> Br.や歯間部にプラークが残存しやすい <input type="checkbox"/> 矯正装置を装着中
	台座が薄い	<input type="checkbox"/> 開口量が少ない	<input type="checkbox"/> 矯正装置を装着中 <input type="checkbox"/> 舌圧が強い <input type="checkbox"/> 嘔吐反射がある <input type="checkbox"/> 唇圧が強い <input type="checkbox"/> 上顎第2大臼歯頰側傾斜		ネックの形状 スリムロング カーブネック
	スリム(3列)スクエア	<input type="checkbox"/> 歯冠長が短い	<input type="checkbox"/> 頬粘膜が硬い <input type="checkbox"/> 下顎舌側が狭い <input type="checkbox"/> 前歯部叢生 <input type="checkbox"/> 下顎臼歯舌側傾斜	<input type="checkbox"/> 下顎臼歯部舌側傾斜が強い <input type="checkbox"/> 遠心面にプラークが残存しやすい <input type="checkbox"/> 口角・頬粘膜の伸びが少ない	
	幅広(5列以上)ロング	<input type="checkbox"/> 歯肉退縮がみられる <input type="checkbox"/> 全体的にプラーク残存が多い <input type="checkbox"/> 動揺歯がある <input type="checkbox"/> 部分床義歯を装着			