

生活習慣についてのアンケート

年齢： 歳 性別： 男・女 ご職業：

現在使っている歯みがき剤 商品名：

● 歯磨きの回数・時間についてお聞きします。あてはまるものに✓印をつけてください。

① 1日に何回歯磨きをしますか	およそ()回くらい
② 歯磨きをするのはいつごろですか	<input type="checkbox"/> 朝起きてすぐ <input type="checkbox"/> 朝食後(30分以内、30分以降) <input type="checkbox"/> 昼食後(30分以内、30分以降) <input type="checkbox"/> 夕食後(30分以内、30分以降) <input type="checkbox"/> 夜寝る前
③ 1回の歯磨きにかかる時間は	<input type="checkbox"/> 1分以内 <input type="checkbox"/> 1～3分 <input type="checkbox"/> 3分以上 <input type="checkbox"/> 5分以上
④ 歯ブラシを使用していると毛先が開いてきますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ 歯ブラシの使用期間はどのくらいですか	<input type="checkbox"/> 1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 1ヶ月前後 <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以上
⑥ 電動歯ブラシについて	現在使用している (商品名)
⑦ 補助道具について	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> ワンタフトブラシ <input type="checkbox"/> フロス(糸ようじ)

● 日々の習慣や症状などについてお聞きします。あてはまるものに✓印をつけてください。

<p style="text-align: center;">食事の習慣</p> <input type="checkbox"/> 間食が多い(飲食回数が多い) <input type="checkbox"/> 甘いものの飲食が多い(甘いものが好き) <input type="checkbox"/> 飴(のど飴を含む)をなめる習慣がある <input type="checkbox"/> 食事が早い(咀嚼回数が少ない) <input type="checkbox"/> 食事をする時にくちやくちやと音がする <input type="checkbox"/> かたいものが噛みにくい <input type="checkbox"/> 噛むことに気をつかう(どこで噛んでいいのかわからない) <input type="checkbox"/> 噛む側(歯)が決まっている <input type="checkbox"/> 食事をするとき食べ物や歯の隙間に残りやすい <input type="checkbox"/> 酸性飲食物を頻繁に摂取している <small>(お酢系飲料、柑橘類、清涼飲料水、栄養ドリンク、アルコール)</small>	<p style="text-align: center;">口の中の気になること</p> <input type="checkbox"/> 口の中が乾きやすい <input type="checkbox"/> 口を開けていることが多い <small>(鼻呼吸よりも、口呼吸になっている)</small> <input type="checkbox"/> 歯がしみるところがある <small>(歯みがき時、冷たいもの、酸味のもの)</small> <input type="checkbox"/> 歯ぐきに歯ブラシの毛先があたると痛い <input type="checkbox"/> 歯を磨くと歯ぐきから出血がある <input type="checkbox"/> 口臭が気になる <input type="checkbox"/> 歯を磨いても、口の中がすっきりしない <input type="checkbox"/> 歯を磨くとえづきやすい場所がある <input type="checkbox"/> 着色が気になる
<p style="text-align: center;">全身症状</p> <input type="checkbox"/> 薬を常用している <input type="checkbox"/> 慢性の生活習慣病がある <small>(糖尿病、高血圧、高脂血症など)</small> <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎がある <input type="checkbox"/> 胸やけ、ゲップ、胃酸が上がる、嘔吐症状がある	<p style="text-align: center;">生活習慣</p> <input type="checkbox"/> 緊張することが多い <input type="checkbox"/> 不眠の傾向がある <input type="checkbox"/> 食事の時間や睡眠時間など不規則になりやすい <input type="checkbox"/> 喫煙習慣がある