

# 《訪問歯科健診》事後アンケート

月 日 ( ) に実施した訪問歯科健診のその後の状況につきまして、以下の事後アンケートにご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記入日：令和 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_

あてはまる部分の□に✓をつけて下さい

① お口の症状で気になることは何ですか？

- 入れ歯    歯ぐき    歯    食べにくい・飲み込みにくい
- その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② お口の粘つきや口臭を感じますか？

- ある    少しある    あまりない    ない

③ 訪問歯科健診を受けられていかがでしたか？

- 良かった    ふつう    あまり良くなかった

④ 訪問歯科健診により、お困りごとが解決しましたか？

- はい    いいえ

⑤ 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか。

- はい    いいえ

⑥ お茶や汁物等でむせることがありますか？

- はい    いいえ

⑦ (訪問歯科健診の結果のご報告で歯科治療が必要と記載されていた方にお聞きします。)

訪問歯科健診後に歯科治療を受けましたか？

- はい    訪問診療    通院診療 (歯科医療機関名: \_\_\_\_\_)
- 申込中
- いいえ (差支えなければ、その理由も教えてください。)

[ \_\_\_\_\_ ]

ご協力ありがとうございました。