

以下の質問は、過去1週間のあなたの状態についてお答え下さい。

過去1週間、あなたは…… 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全く ない	ほと んど ない	時々 ある	よくあ る	いつ も
1日の起きている間、どのくらいお口のことが気になりましたか？					
不安を感じて緊張したことはありましたか？					
いらいらして、おこりっぽくなることはありましたか？					
心配ごとがあって、よく眠れないことはありましたか？					
ほとんど1日中、ずっと憂うつであったり、沈んだ気持ちでいましたか？					
ほとんどの事に興味がなくなったり、大抵いつもなら楽しめていた事が楽しめなくなっていましたか？					
いつもストレスを感じましたか？					

・現在、入れ歯は持っていますか？

はい ・ いいえ

・入れ歯を持っている人にお尋ねします。

当てはまるものに○をしてください。

- 1 上の入れ歯だけ持っている。
- 2 下の入れ歯だけ持っている。
- 3 上の入れ歯 下の入れ歯 どちらとも持っている。

・入れ歯を使っていますか？ 当てはまるものに○をしてください。

- 1 上の入れ歯だけ使っている。
- 2 下の入れ歯だけ使っている。
- 3 上の入れ歯 下の入れ歯 どちらとも使っている。
- 4 使っていない

・現在入れ歯を使用している方にお聞きします。

入れ歯に満足していますか？ 当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 大変満足 | 4 少し苦痛だ |
| 2 ほぼ満足 | 5 大いに苦痛を感じている |
| 3 なんとか我慢できる | |

・現在入れ歯に満足していない方にお聞きします。

どんな点が不満ですか？当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 痛い | 5 かめない |
| 2 気持ち悪い | 6 飲み込めない |
| 3 格好悪い | 7 その他 () |
| 4 しゃべれない | |

・現在、あなたの口の中の状態に満足していますか？

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 大変満足 | 4 少し苦痛だ |
| 2 ほぼ満足 | 5 大いに苦痛を感じている |
| 3 なんとか我慢できる | |

・現在口の中に満足していない方にお聞きします。

どんな点が不満ですか？当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 痛い | 5 かめない |
| 2 気持ち悪い | 6 飲み込めない |
| 3 格好悪い | 7 その他 () |
| 4 しゃべれない | |

・歯科治療費への考えをお聞かせ下さい。

- | |
|------------------------|
| 1 あまりお金をかけたくない |
| 2 支払う金額による |
| 3 納得のいく治療ならできる限り払っても良い |

患者様にお願い

記入に要するトータルの時間はどのくらいでしたか？:()分

次の食品について、下の回答方法から(2, 1, 0, □、△のいずれか)
現在の状況に最も近いものを選んで、()の中に書き入れてください。

【回答方法】

(2)容易に食べられる (1)困難だが食べられる (0)食べられない
(△)義歯になってから食べたことがない (□)嫌だから食べない

【記入してください】

- | | | | | | |
|-------------|-----|--------------|-----|------------|-----|
| 1. あられ | () | 2. (生)あわび | () | 3. いか刺し | () |
| 4. いちご | () | 5. かまぼこ | () | 6. (生)きゃべつ | () |
| 7. (ゆで)きゃべつ | () | 8. こんにゃく | () | 9. (煮)さといも | () |
| 10. スルメ | () | 11. 酢だこ | () | 12. (漬)大根 | () |
| 13. (煮)たまねぎ | () | 14. (古漬)たくあん | () | 15. 佃煮こんぶ | () |
| 16. (揚)鳥肉 | () | 17. (焼)鳥肉 | () | 18. (漬)なす | () |
| 19. (生)人参 | () | 20. (煮)人参 | () | 21. バナナ | () |
| 22. ハム | () | 23. ピーナッツ | () | 24. (焼)豚肉 | () |
| 25. りんご | () | | | | |

ご協力ありがとうございました。

術前診査票

施設 _____

カルテ番号 _____

担当医 _____

コーディネーター _____

記録年月日 平成 年 月 日

<患者情報>

カテゴリー 歯質欠損, 部分歯列欠損, 全部歯列欠損 (複数選択可)

主訴 _____

現病歴 _____

<術者のデータ>

臨床経験年数: () 年

(臨床に携わっていなかった留学等の年数は引く)

日本補綴歯科学会 専門医 (はい いいえ)

日本補綴歯科学会 指導医 (はい いいえ)

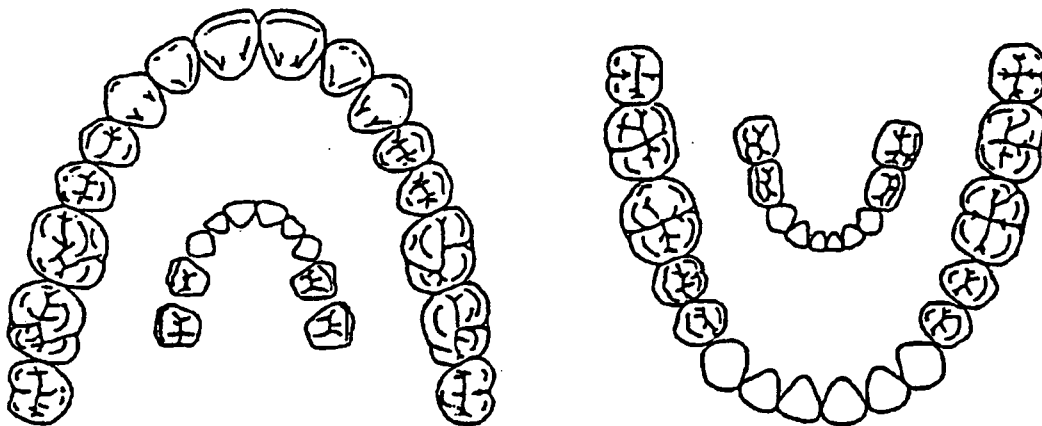
他学会の認定医, 専門医 () 学会

他学会の認定医, 専門医 () 学会

ご専門: CrBr, 有床義歯, その他 ()

<リテスト> 1回目 2回目 リテストでない (どれかに○をしてください)

<口腔内診査（術前）>



口腔内診査項目


- | | |
|--|-----------------------------------|
| | 8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 |
| a. 咬頭嵌合位の接触歯 | |
| b. 上下顎前歯の咬合関係 | |
| 垂直被蓋： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 → _____ mm | |
| 水平被蓋： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常 → _____ mm | |
| c. 第一大臼歯の咬合関係 | |
| 右側： <input type="checkbox"/> class 1 <input type="checkbox"/> class 2 <input type="checkbox"/> class 3 | |
| 左側： <input type="checkbox"/> class 1 <input type="checkbox"/> class 2 <input type="checkbox"/> class 3 | |
| d. その他の咬合異常 | |
| <input type="checkbox"/> クロスバイト (_____) <input type="checkbox"/> 前歯部開咬 (_____) | |
| <input type="checkbox"/> 臼歯部開咬 (_____) <input type="checkbox"/> 正中線偏位 (_____) | |
| <input type="checkbox"/> 咬頭の破折 (_____) <input type="checkbox"/> 咬耗 (程度： 0 1 2 3 4) | |
| <input type="checkbox"/> ブラキシズムの自覚, 家族やベッドパートナーの指摘 | |
| <input type="checkbox"/> RCP と ICP との差 (ほとんどなし, 1mm 以内, 1 ~) | |
| <input type="checkbox"/> オーラルディスクキネジア | |
| <input type="checkbox"/> オーラルディストーニア | |

e. 歯周状態

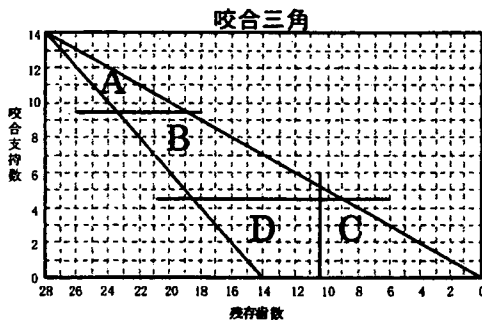
	P C R	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mobility																	
Pocket																	
		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Pocket																	
Mobility																	
	P C R	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1-1(1) 部分歯列欠損の診査

評価用紙 1 (部分歯列欠損)

(網掛部  に記入もしくはチェックをお願いします。)


診査項目	難易度	内容							
1. 咬合三角 (宮地分類に準ずる)	level I	<input type="checkbox"/>	areaA; 支持数10~, 欠損 1~8歯						
	II	<input type="checkbox"/>	B; " 9~5, " 5~18						
	III	<input type="checkbox"/>	C; " 4~0, " 19~28 (10歯以下残存, 少数残存)						
	IV	<input type="checkbox"/>	D; " 4~0, " 10~17 (類ずれ違い咬合)						
2. 欠損様式 (遊離端: 小臼歯, 前方遊離端: 犬歯 の残存状況を基準)	上顎	I	<input type="checkbox"/>	片側中間欠損(~2歯)	下顎				
		II	<input type="checkbox"/>	遊離端(全小臼歯残), 前方(両犬歯残), 片側中間(3歯~)					
		III	<input type="checkbox"/>	" (一部小臼歯), " (片側犬歯), 複合欠損					
		IV	<input type="checkbox"/>	" (小臼歯無), " (犬歯無)					
3. 補綴空隙 ・垂直方向 (人工歯, ダミーのスペース) ・水平方向(被蓋)	I	<input type="checkbox"/>	人工歯, ポンテック排列十分可(8mm~)						
		<input type="checkbox"/>	" 削合で基質が露出(4~8mm)						
		<input type="checkbox"/>	" 排列不可(2~4mm)						
		<input type="checkbox"/>	顎堤に咬合接触, メタルのみ被覆可(~2mm)						
	II	<input type="checkbox"/>	正常被蓋						
		<input type="checkbox"/>	軽度の反対咬合, 交叉咬合, 缺状咬合, 過蓋咬合						
		<input type="checkbox"/>	重度の "						
		<input type="checkbox"/>	上下顎のdiscrepancy顕著(排列不可)						
4. 残存歯列, 周囲組織の状況(口腔全体) ・歯列不正, 位置異常 ・齲蝕罹患傾向 ・歯周疾患	level I	<input type="checkbox"/>	無, 軽度	<input type="checkbox"/>	中等度	<input type="checkbox"/>	level III	<input type="checkbox"/>	重度
	level II	<input type="checkbox"/>	低	<input type="checkbox"/>	中等度	<input type="checkbox"/>	高	<input type="checkbox"/>	重度
	level III	<input type="checkbox"/>	良好, 軽度	<input type="checkbox"/>	中等度	<input type="checkbox"/>	高	<input type="checkbox"/>	重度
5. 欠損部顎堤形状 ・欠損部顎堤形態, 骨隆起 ・粘膜性状 ・異常習癖, 舌位異常	I	<input type="checkbox"/>	良好	<input type="checkbox"/>	中程度	<input type="checkbox"/>	顕著な骨隆起有	<input type="checkbox"/>	不良(少数歯残存)
	II	<input type="checkbox"/>	良好, 問題無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	不良	<input type="checkbox"/>	
	III	<input type="checkbox"/>	無	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	有	<input type="checkbox"/>	



- * 咬合支持数は上下の同名歯が残っている数で表示。
- * Bridge, Partial Dentureとも部分歯列欠損として診査。
- * 各診査項目(1~5)の難易度: 項目内でチェックした最も高い難易度を選択。

1-1(2) 歯質欠損の診査

評価用紙1(歯質欠損)(部分歯列欠損;項目4.残存歯の状況も記入)

(網掛部  に記入もしくはチェックをお願いします。)

診査項目		内容			
診査歯		対象歯 _____	要処置歯数 _____		
1	【歯髓の有無】	level I 有髓	level II	level III 不明	level IV 無髓
2	【残存歯質】 ・残存軸面or壁面数 ・歯質の高さ ・齲蝕 ・歯髓(有髓歯のみ) ・穿孔,亀裂,除去困難部等etc.(無髓歯のみ)	<input type="checkbox"/> 3面以上 <input type="checkbox"/> 歯肉縁上2mm~ <input type="checkbox"/> 無,軽度 <input type="checkbox"/> 健全 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 2面 <input type="checkbox"/> 0~2mm <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 残存歯質薄	<input type="checkbox"/> 1面 <input type="checkbox"/> 縁下 <input type="checkbox"/> 歯髓到達 <input type="checkbox"/> 歯髓到達 <input type="checkbox"/> 疑い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 骨縁下 <input type="checkbox"/> 骨縁下 <input type="checkbox"/> 要抜髄 <input type="checkbox"/> 有
3	【歯列不正,位置異常】 ・転位,捻転,左右非対称,歯根近接 ・対合歯挺出 ・顎偏位,咬合位不安定(全顎)*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 重度
4	【齲蝕罹患傾向】 ・修復歯+齲蝕歯数	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 少	<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 中等度	<input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 多	
5	【歯周疾患】 ・口腔内清掃状況(全顎) ・動揺度(以下対象歯のみ) ・X線(歯槽骨吸収) ・根分岐部病変(X線,プローブ) ・ポケット,ブローピング時の出血	<input type="checkbox"/> 清掃良,問題無 <input type="checkbox"/> M0 <input type="checkbox"/> 殆ど無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ~3mm,歯石,出血無	<input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> ~1/3 <input type="checkbox"/> 陰影軽度,~3mm <input type="checkbox"/> ~3mm,歯石,出血有	<input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> 1/3~1/2 <input type="checkbox"/> プローブ貫通 <input type="checkbox"/> 4,5mm	<input type="checkbox"/> 重度,不良 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> 1/2~ <input type="checkbox"/> 陰影明確,3mm~ <input type="checkbox"/> 6mm~

* 診査対象歯:状態の最も悪い歯を選択.明らかな抜歯の適応は除く.

* 各診査項目の難易度:項目内でチェックした最も高い難度を選択.

* 顎位:習慣性咬合位のみ診査.動的な咬合診査は症型2で診査.

1-1(3) 全部歯列欠損の診査

評価用紙1 (無齒顎)

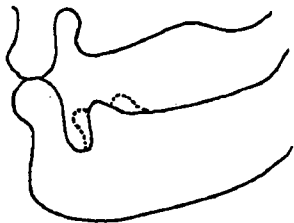
(網掛部に記入もしくはチェックをお願いします。)

診査項目		内容											
1	欠損部顎堤形態 ・顎堤高さ(垂直) ・顎堤断面形態(頬舌)	上	level I	level II	level III	level IV	下	level I	level II	level III	level IV	顎	顎
			<input type="checkbox"/> 高(10mm~)	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低(~5mm)	<input type="checkbox"/> 平坦		<input type="checkbox"/> 高(5mm~)	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低(~0mm)	<input type="checkbox"/> U型		
2	粘膜性状 ・固さ ・厚み	顎	厚	硬	軟	ワビー-広範囲炎症	顎	厚	硬	軟	極軟	顎	顎
			<input type="checkbox"/> 厚	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 薄	<input type="checkbox"/> 極薄	<input type="checkbox"/> 厚	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 薄	<input type="checkbox"/> 極薄			
3	対向関係 矢状断前後関係 前頭断左右関係 前頭断顎堤、顎間左右差	level I			level II			level III			level IV		
		<input type="checkbox"/> 良、軽度の反対・過蓋咬合	<input type="checkbox"/> 中等度の反対・過蓋咬合			<input type="checkbox"/> 重度の反対・過蓋咬合			<input type="checkbox"/> 偏位大				
		<input type="checkbox"/> 偏位無、少	<input type="checkbox"/> 偏位中等度			<input type="checkbox"/> 偏位大			<input type="checkbox"/> 顯著				
		<input type="checkbox"/> 無、軽度	<input type="checkbox"/> 中等度			<input type="checkbox"/> 顯著							
4	習癖等 ・異常習癖、舌位etc. ・嘔吐反射	無				舌位異常、弄舌癖、巨舌			oral dyskinesia等				
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			<input type="checkbox"/> 顯著							
5	その他 ・骨隆起、顎堤アンダーカット、小帯位置異常 ・唾液量性状	無	1項目			2項目			3項目				
		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 多、粘液・漿液性			<input type="checkbox"/> 量少、極多			<input type="checkbox"/> 僅少				

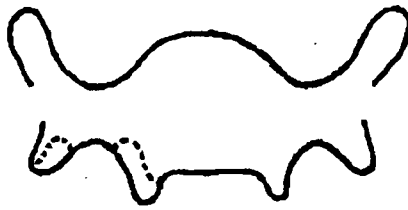
* 各診査項目の難易度：項目内でチェックした最も高い難度を選択。

* 顎堤高さは第一大臼歯部の歯槽頂と頰側前庭間の距離とする。

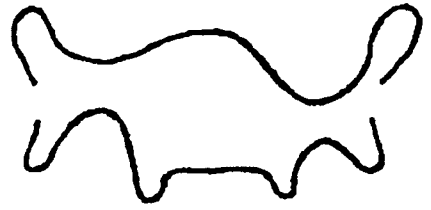
対向関係



矢状断前後関係



前頭断左右関係



前頭断顎堤、顎間左右差

1-2 身体社会的条件の診査

No.	項目	Level 1	Level 2(要配慮)	Level 3(要注意)	Level 4(危険)
1	年齢	生産者 (15-64)	乳幼児以外の幼年者 (7-14) 前期高齢者(65-74)	乳幼児(0-6) 後期高齢者(75-)	
2	糖尿病	なし	空腹時120 mg/dl, HbA1c 7.0 未満 低血糖発作なし	空腹時140 mg/dl, HbA1c 8.0 未満に コントロール	空腹時140 mg/dl, HbA1c 8.0 以上
3	脳血管障害	なし	発症後6ヶ月以上 (後遺症なし)	発症後6ヶ月以上 (後遺症あり)	発症後6ヶ月以内
4	高血圧	なし	160/100以下	160/100以上	180/110以上
5	心疾患	なし	動悸あり	不整脈, 弁膜疾患 心筋梗塞6ヶ月以降 狭心症3ヶ月以降	心筋梗塞6ヶ月以内 狭心症3ヶ月以内
6	呼吸器疾患	なし	肺炎, 肺結核, 慢性閉 塞性肺疾患, 喘息, 中等度までの息切れ SpO ₂ 96以下	高度の息切れ SpO ₂ 93以下	呼吸困難 チアノーゼ SpO ₂ 90以下
7	肝炎	なし	慢性期肝炎	肝硬変	急性期肝炎(活動期) GOT/GPT: 100以上
8	胃腸疾患	なし	胃炎	胃潰瘍・十二指腸潰瘍	
9	腎疾患	なし	糸球体腎炎, ネフローゼ症候群 クレアチン2mg/dl以上	腎不全 クレアチン5mg/dl 以上	透析 クレアチン12mg/dl 以上
10	血液疾患	なし	軽度	貧血	白血病・血小板減少 (2万以下)
11	アレルギー	なし	薬物アレルギー(軽度)	薬物アレルギー(重度) 金属アレルギー	アナフィラキシーショック既往
12	AIDS	なし	HIVキャリア	エイズ関連症候群(ARC) CD4 500個/μl以下	発症(AIDS) CD4 200個/μl以下
13	痴呆(認知症)	なし	軽度 (日常会話可能)	中度 (日常会話困難)	重度 (日常会話不可)
14	ウォーキング	なし	軽度の不随意運動	重度の不随意運動 指示した運動はできる	指示した運動がで き ない
15	ステロイド服用	なし	間歇服用中	連日服用中	
16	喫煙	なし	40本未満	40本以上	
17	飲酒 薬物依存	ビール中ビン3本 清酒3合以下 薬物依存なし	ビール中ビン3本 清酒3合以上 薬物依存	重度アルコール依存症 重度薬物依存症	
18	その他疾患	なし	歯科治療で要配慮 ()	歯科治療で要注意 ()	歯科治療で危険性 ()
19	身体機能	正常	要支援	要介護	要全介護
20	通院	問題なし	制限有り	困難	不可能
	総合評価	Level 1	Level 2(要配慮)	Level 3(要注意)	Level 4(危険)

総合評価は、臨床経験から全体を総合して判定する。

いずれデータが集積されれば、1-20の判定から評価できるようにする予定。

<術者の治療前の難易度の評価>

1) 本症例の難易度はどの程度ですか？

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7

誰がやっても難しい

8 9 10

2) 歯の欠損形態、口腔顔面形態などに関する難易度はどの程度ですか？

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7

誰がやっても難しい

8 9 10

3) 身体社会的な難易度はどの程度ですか？

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7

誰がやっても難しい

8 9 10

4) 精神心理学的な難易度はどの程度ですか？

だれでもできる

1 2 3 4 5 6 7

誰がやっても難しい

8 9 10

診査ならびに記入に要するトータルの時間: 分

ご苦労様でした。

図 3

日本補綴歯科学会 医療問題検討委員会編
補綴歯科治療の難易度を測定するプロトコル (JPS Version 1.04)

患者質問票 (術後)

施設 _____

カルテ番号 _____

担当医 _____

コーディネータ _____

記録年月日 平成 年 月 日

患者情報

カテゴリー 歯質欠損, 部分歯列欠損, 全部歯列欠損 (複数選択可)

<質問票の手渡し>

術者 コーディネーター (どちらかに○をしてください)

<質問票の記入>

自宅 チェアサイド (どちらかに○をしてください)

〈アンケートの答え方〉

(例1)

* 以下の質問に関して、最近1ヶ月の状態をお答えください。

機能の制限に関して; 歯科的な問題や、歯、口の中、義歯、 かぶせ物の問題により...	全く ない	ほとん ど ない	時々 ある	よく ある	いつも
頭痛がすることがありましたか?		○			
発音しにくいことがありましたか?				○	
ゆううつになることがありましたか?	○				

例1のように、表の空欄の中に自分の思った解答のところに1つだけ大きく○をつけて下さい。

解答の中に自分の思った解答がない場合でも、一番近いと思った解答をチェックし、必ずどれかに解答して下さいをお願いします。

注1) アンケートの結果は担当医にはわからないように処理しますので、ありのままをご記入下さい。

注2) 最後に、このアンケートを記入するのに必要であった時間を記入する項目があります。ここからの質問に答えて頂く時間をおはかりください。

歯や口、義歯に関してお伺いします。

歯科的な問題や、歯、口の中、義歯、かぶせ物等の問題に関して、最近1ヶ月の状態をお答えください。

過去1ヶ月間に、次のようなことがありましたか？ 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全くな い	ほとん ど ない	時々 ある	よく ある	いつも
見た目の良くない歯に気づいた					
歯、入れ歯、かぶせ物に、食べ物がはさまったり くっついたりした					
入れ歯やかぶせ物が、きちんと合っていないと 感じた					
口の中につらい痛みを感じた					
あごや、あごの関節が痛んだ					
あごの関節の音に悩まされた					
熱いものや冷たいもので歯がしみた					
歯が痛んだ					
歯ぐきが痛んだ					
口の中にヒリヒリ痛むところがあった					
口の中が乾いた					
入れ歯やかぶせ物が不快だった					
歯科的な問題で、悩んだり不安を感じたりした					
歯科的な問題で、みじめな気持ちになった					
歯、口の中、入れ歯、かぶせ物の見た目が気に 入らないと感じた					
入れ歯やかぶせ物の問題で、食べ物が食べら れなかった					

歯、口の中、入れ歯、かぶせ物の問題により、 過去1ヶ月間に、次のようなことがありましたか？ 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全く ない	ほとん ど ない	時々 ある	よく ある	いつも
食べ物が噛みづらかった					
発音しにくかった					
外見が悪くなったと感じた					
口臭を感じた					
味覚が鈍くなったと感じた					
消化が悪くなったと感じた					
頬を咬んでしまった					
食べ物が飲み込みにくかった					
頭痛がした					
食べていて不快な感じがした					
人前を気にした					
気が張り詰めたり、緊張したりした					
話し方が不明瞭になった					
話す言葉を聞き間違えられた					
食べ物の風味や味わいが感じにくかった					
食べ物の食感が感じにくかった					
きちんと歯磨きできなかった					
特定の食品を避けなければならなかった					
食事が十分にとれなかった					
笑うことをためらった					

歯、口の中、入れ歯、かぶせ物の問題により、過去1ヶ月間に、次のようなことがありましたか？ 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全くない	ほとんどない	時々ある	よくある	いつも
食事を中断しなければならなかった					
眠りが妨げられた					
気が動転した					
リラックスできなかった					
ゆううつになった					
物事に集中できなかった					
少しでも恥ずかしい思いをした					
外出を避けた					
配偶者や家族に対して寛容でなかった					
周囲の人とうまくやっていけなかった					
周囲の人に対して少しでもイライラした					
日常の家事や仕事に差しさわった					
健康状態が悪くなったと感じた					
経済的な損失が生じた					
仲間とあまり楽しく過ごせなかった					
日常生活で満足していなかった					
まったく役目を果たせなかった					
仕事や家事で全力を尽くせなかった					

治療前の状態を今と比較して以下の問いに答えてください。 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全くない	ほとんどない	時々ある	よくある	いつも
今から思えば、治療の前は、見た目が悪かった					
今から思えば、治療の前は、食べにくかった					
今から思えば、治療の前は、違和感があった					
今から思えば、治療の前は、飲み込みにくかった					
今から思えば、治療の前は、痛みがあった					
今から思えば、治療の前は、しゃべりにくかった					

受けられた治療は、以下の項目に対して効果がありましたか？ 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい	全くない	ほとんどない	すこし そうだ	だいたい そのとおり	全く そのとおり
治療によって、見た目がよくなった					
治療によって、どんなものでも食べられるようになった					
治療によって、口腔内の違和感が消失した					
治療によって、飲み込みやすくなった					
治療によって、痛みが消えた					
治療によって、しゃべりやすくなった					

・現在、入れ歯は持っていますか？

はい ・ いいえ

・入れ歯を持っている人にお尋ねします。

当てはまるものに○をしてください。

- 1 上の入れ歯だけ持っている。
- 2 下の入れ歯だけ持っている。
- 3 上の入れ歯 下の入れ歯 どちらとも持っている。

・入れ歯を使っていますか？ 当てはまるものに○をしてください。

- 1 上の入れ歯だけ使っている。
- 2 下の入れ歯だけ使っている。
- 3 上の入れ歯 下の入れ歯 どちらとも使っている。
- 4 使っていない

・現在入れ歯を使用している方にお聞きします。

入れ歯に満足していますか？当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 大変満足 | 4 少し苦痛だ |
| 2 ほぼ満足 | 5 大いに苦痛を感じている |
| 3 なんとか我慢できる | |

・現在入れ歯に満足していない方にお聞きします。

どんな点が不満ですか？当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 痛い | 5 かめない |
| 2 気持ち悪い | 6 飲み込めない |
| 3 格好悪い | 7 その他 () |
| 4 しゃべれない | |

・現在、あなたの口の中の状態に満足していますか？

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 大変満足 | 4 少し苦痛だ |
| 2 ほぼ満足 | 5 大いに苦痛を感じている |
| 3 なんとか我慢できる | |

・現在口の中に満足していない方にお聞きします。

どんな点が不満ですか？当てはまるものに○をしてください。

- | | |
|----------|-----------|
| 1 痛い | 5 かめない |
| 2 気持ち悪い | 6 飲み込めない |
| 3 格好悪い | 7 その他 () |
| 4 しゃべれない | |

・歯科治療費への考えをお聞かせ下さい。

- | |
|------------------------|
| 1 あまりお金をかけたくない |
| 2 支払う金額による |
| 3 納得のいく治療ならできる限り払っても良い |