ひでかず歯科口腔外科クリニック

口臭の質問票

Ver 1.3

・A4サイズの用紙にプリントアウトしていただき、
来院前に記入いただけますとありがたいです。

記入日：令和　　年　　月　　日

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご自身の口臭について、質問をいたします。
当てはまる記号に〇をつけてください。
カッコ（　）の部分は記入をしてください。

①あなたはご自身の口臭をいつ感じますか。

a. 寝起き　b. お腹が空いたとき　c. 疲れているとき
d. 緊張しているとき　e. 喫煙後
f. 特定の食べ物や飲み物を摂取したとき（　　）
g. 生理前や排卵時期　h. 1日中ずっと
i. 自分では口臭を感じない、わからない
j. その他　（　　）

②あなたの口臭は、下記の臭いに例えられそうですか。

a. 卵の腐ったようなにおい　b. 魚や野菜の腐ったようなにおい　c. 生ごみのようなにおい
d. し尿（大便と小便の混じったもの）のようなにおい　e. 大便のようなにおい
f. おならのようなにおい　g. むれた足や靴下のようなにおい
h. バターや乳の腐ったようなにおい　i. 刺激的な酸っぱいにおい　j. 汗くさいにおい
k. つんとする甘ぐさいにおい　l. つんとする酸っぱいにおい
m. 上記では例えられないにおい　（　　）
n. とくに臭いは無いと思う、自分ではわからない

③現在、あなたが口臭に悩んでいることを心配してくれている方はいますか。
a. いる ⟶ その方は診察に付き添ってくれそうですか。 a. はい　b. いいえ
b. いない

④現在、自身の口臭があるかどうかを、嗅いで確かめてくれそうな方はいますか。
a.いる ⟶ その方は診察に付き添ってくれそうですか。 a. はい　b. いいえ
b.いない

⑤もしあなたの口臭およびその悩みが和らぐと、どのような良いことがありそうですか。

〔　　〕

⑥当院の口臭の診療を受けるにあたり、どのような診察、検査、治療を希望しますか。
(当院の特徴上、ご希望に対応できないことがございます)

〔　　〕

質問は以上です。