

こちらを、A4用紙（無ければ他のサイズも可です）に印刷、記入の上、ご来院いただけますと助かります。

記入日：令和 年 月 日

当てはまる にチェック () をつけてください。
カッコ () の部分は記入をしてください。

お名前： _____

①あなたは口臭をいつ感じますか。

- 寝起き
- お腹が空いたとき
- 疲れているとき
- 緊張しているとき
- 喫煙後
- 特定の食べ物や飲み物を摂取したとき ()
- 生理前や排卵時期
- 1日中ずっと
- その他 ()
- 自分では分からない、または口臭を感じない

→自分では分からない・感じない方は、なぜ自分に口臭があると分かりましたか。

(例：家族から口が臭いと言われた。友人と話していると、友人が鼻を手で覆っていた、など)

[_____]

②あなたの口臭は、どんなにおいですか、あるいはどんなにおいだと言われましたか。

- 卵の腐ったようなにおい
- 魚や野菜の腐ったようなにおい
- 生ごみのようなにおい
- し尿（大便と小便の混じったもの）のようなにおい
- 大便のようなにおい
- おならのようなにおい
- その他のにおい ()
- 分からない

③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。

- いる → その方は診察に付き添ってくれそうですか。 はい
- いない いいえ

④あなたに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。

- いる → その方は診察に付き添ってくれそうですか。 はい
- いない いいえ

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ますか。

[_____]

⑥当院で口臭測定検査（簡易ガスクロマトグラフィー：保険適用外）を希望しますか。

- 希望する
- 迷っている・説明を聞いて考えたい
- 希望しない

⑦当院での口臭の診療で、診察や検査、治療で希望がございましたら記入してください。

(当院の特徴上、ご希望に対応できないことがございます。ご了承ください。)

[_____]

質問は以上です。