

口腔がん検診 問診票

※以下の質問にお答え下さい。尚、プライバシーは遵守いたしますのでご安心ください。

1. 喫煙に関し(該当するものを○で囲んでください)

(1) 現在、喫煙されていますか？

- ①はい ②いいえ

(2) 上記(1)で「①はい(喫煙している)」と答えられた方、1日何本くらい喫煙されていますか？

- ①1～9本 ②10～19本 ③20本以上

(3) 上記(1)で「②いいえ(喫煙していない)」と答えられた方、以前喫煙されていましたか？

- ①はい ②いいえ

(4) 上記(3)で「①はい(以前喫煙していた)」と答えられた方、禁煙してからの期間はどれくらいですか？

- ①1年以内 ②1年～19年 ③20年以上

2. 飲酒に関し(該当するものを○で囲んでください)

(1) 現在、飲酒はされますか？

- ①はい ②いいえ

(2) 1週間のアルコール飲料摂取量はどれくらいですか？(ビールに例えてお答え下さい)

- | | |
|--------------------|---------|
| ①ビール(500ml: 中ビン1本) | ×()本程度 |
| ②日本酒(一合) | ×()本程度 |
| ③焼酎(300ml 缶) | ×()本程度 |
| ④ワイン(レギュラーボトル) | ×()本程度 |

3. 食習慣に関し(該当するものを○で囲んでください)

- ① 刺激物(辛いもの、酸っぱいもの)が好きだ。
- ② 炭酸飲料をよく飲む。
- ③ 熱いものが好き。
- ④ 固いものが好き。

4. がん病歴に関し(該当するものを○で囲んでください)

(1) あなた自身にがんの病歴はありますか？

- ①ある ②ない

がん病歴:いつ頃、どこかの部位か、手術の有無、術後の経過年数を下の余白に記載下さい👉

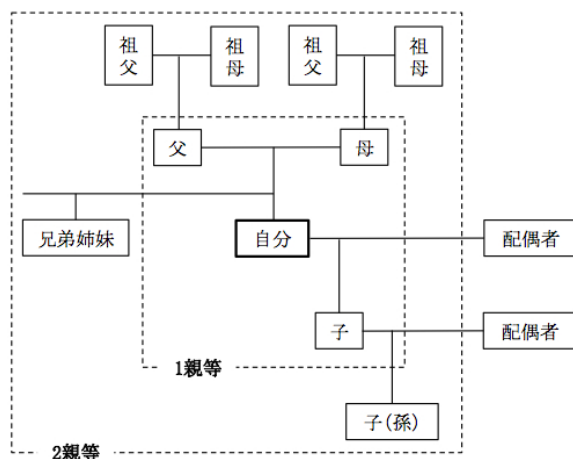
<裏面もご記入ください>

(2)ご家族(2 親等以内)にがんの病歴はありますか？

①ある ②ない

がん病歴: 次の家系図内のご家族のどなたかを○で囲んでください。

また、その方が、いつ頃、どこの部位のがんになられたかを余白に記載下さい。



5. 口腔内環境に関し(該当するものを○で囲んでください)

- ① 歯ぎしり、食い縛りをすることがある。
- ② 口の中が乾燥しやすい。だ液が少ない感じがする。
- ③ 口内炎が治りにくい(二週間くらい治らない)
- ④ 口内炎ができやすい→できやすい場所に○を(舌、舌の先、舌の横、唇の裏、ほほの内側)
- ⑤ グラグラする歯がある。
- ⑥ 抜歯した時に傷が治りにくい。
- ⑦ 入れ歯でできた傷が治りにくい。
- ⑧ 歯肉を噛んでできた傷が治りにくい。
- ⑨ 舌が動きにくくなった。
- ⑩ 舌が時々ヒリヒリする。
- ⑪ ほほや舌を噛みやすい。
- ⑫ 下唇や舌にしびれる感じがある。
- ⑬ 口が開きにくくなった。
- ⑭ 唇や舌(口腔内)にピアスを装着していますか？または以前に装着していましたか？
- ⑮ 口の中(舌、歯ぐき、ほほ)にさわってもとれない白っぽいものがある。
- ⑯ 口の中(舌、歯ぐき、ほほ)に赤くただれているところがある。
- ⑰ 口の中(舌、歯ぐき、ほほ)に固いしこりのようなものがある。

ご署名: _____ 記入年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者番号: _____