

※ **口腔機能状態**に関する質問（入れ歯を使っている場合は、入れ歯を入れている状態で感じたことについてお聞かせください）

14. 現在、歯や入れ歯、歯茎などの口腔の問題があって不便を感じていますか？

- ① 非常に不便 ② 不便 ③ 普通
④ あまり不便は感じていない ⑤ まったく不便を感じていない

15. 現在、歯や入れ歯、歯茎などの口腔の問題があって正確に発音することに困難または不便を感じていますか？

- ① 非常に不便 ② 不便 ③ 普通
④ あまり不便は感じていない ⑤ まったく不便を感じていない

※ **入れ歯の状態**に関する質問（入れ歯を使っている方のみお答えください）

16. 食べ物を噛むときや話すときに入れ歯がかたがたしていますか？ ① はい ② いいえ

17. 入れ歯のせいで口腔内の痛みがありますか？ ① はい ② いいえ

18. 寝る前に入れ歯を外して寝ていますか？ ① はい ② いいえ

※ **口腔健康に関する疾病**

19. 現在糖尿病を患っていますか？ ① はい ② いいえ ③ わからない

※ 特別な症状または歯医者に聞きたいことがありましたら、ご自由にご記入ください。