

Опросный лист для обследования ротовой полости

Фамилия		Регистрационный номер		Телефон	Дом. тел.	
Имя					Моб. тел.	
Адрес				E-mail		
				Порядок получения отчета о медицинском осмотре	<input type="checkbox"/> По почте _____ <input type="checkbox"/> На электронный адрес _____	



История болезни (стоматологического больного) и уровень знания о здоровье полости рта

1. В течение прошлого года посещали ли Вы стоматологию с целью лечения или наблюдения заболеваний ротовой полости?
 ① Да ② Нет
2. Страдаете ли Вы сахарным диабетом?
 ① Да ② Нет
 ③ Затрудняюсь с ответом
3. Страдаете ли Вы сердечно-сосудистыми заболеваниями?
 ① Да ② Нет
 ③ Затрудняюсь с ответом
4. В течение последних 3-х месяцев приходилось ли Вам испытывать дискомфорт при разжевывании пищи из-за проблем с зубами и деснами или искусственных зубов?
 ① Да ② Нет
5. В течение последних 3-х месяцев наблюдалась ли у Вас колющая или стреляющая зубная боль?
 ① Да ② Нет
6. В течение последних 3-х месяцев наблюдались ли у Вас боль или кровотечение десен?
 ① Да ② Нет
7. Как Вы оцениваете состояние здоровья своей ротовой полости?
 ① Отличное ② Хорошее ③ Нормальное
 ④ Плохое ⑤ Очень плохое



Привычки, связанные со здоровьем полости рта (употребление сахара, гигиена ротовой полости, использование фтора, курение)

8. Получали ли Вы когда-либо инструктаж о правильном способе чистки зубов в стоматологии или поликлинике?
 ① Да ② Нет



В свободной форме охарактеризуйте специфические симптомы или напишите вопрос, который хотели бы задать стоматологу.

9. Сколько раз вчера Вы чистили зубы?

() раз

10. Как часто на прошлой неделе Вы чистили зубы перед сном?

- ① Каждый день (7 раз) ② Почти каждый день (4-6 раз)
 ③ Иногда (1-3 раза) ④ Ни разу (0 раз)

11. В течение последней недели при чистке зубов как часто Вами использовались зубная нить или межзубная щетка?

- ① Каждый день ② Почти каждый день
 ③ Иногда ④ Ни разу
 ⑤ Я не знаю, что такое зубная нить или межзубная щетка

12. Является ли Ваша зубная паста фторсодержащей?

- ① Да ② Нет
 ③ Затрудняюсь с ответом

13. Как часто в течение дня Вы совершаете перекус печеньем, конфетами, пирожными и другими кондитерскими изделиями, которые имеют свойство прилипать к зубам?

- ① Никогда ② Один раз ③ 2-3 раза
 ④ Более 4 раз ⑤ Затрудняюсь с ответом

14. Как часто в течение дня Вы употребляете газированные или прохладительные напитки (включая спортивные, ионизированные напитки, фруктовые соки)?

- ① Никогда ② Один раз ③ 2-3 раза
 ④ Более 4 раз ⑤ Затрудняюсь с ответом

15. Курите ли Вы?

- ① Никогда не курил ② Курю в настоящее время
 ③ Курил раньше, но бросил