

食生活アンケート

参考例にしたがい2日間の食事内容をご記入ください。

カルテ番号() お名前()

	月 日() 食事内容		月 日() 食事内容
午前		午前	
4:00		4:00	
6:00		6:00	
8:00		8:00	
10:00		10:00	
午後		午後	
12:00		12:00	
14:00		14:00	
16:00		16:00	
18:00		18:00	
20:00		20:00	
22:00		22:00	
0:00		0:00	
深夜		深夜	
2:00		2:00	

参考例

※書き方の注意点

*食事内容を全部記入してください。

*食べ物だけでなく飲み物も記入してください。

*お茶・飴・ガムに関しては、砂糖が入っているかも記入して下さい。

	○月 ○日() 食事内容
6:00	ジャムパン・牛乳・ゆで卵
8:00	のど飴(砂糖入り)
10:00	ケーキ・牛乳
午後	
12:00	オムライス・サラダ・麦茶

使用しているセルフケア用品

歯間ブラシ・フロスetc

正確な検査結果を測定するために、検査当日は以下のことに気を付けてください。

- 検査前1時間は、飲食・喫煙・歯磨きをしないでください。
- 検査前12時間以内に、アルコールが含まれたマウスウォッシュ(洗口液)で口をゆすがないでください。
- 検査前に運動をすると、唾液の分泌が減りますので、なるべくさけてください
- お薬を飲んでいる方は、検査前にスタッフにお申し出ください。

※3歳以下のお子さんのお母さんも簡単な唾液検査を受けて頂けます。その場合は、お母さんも注意事項を必ず守ってください。