セルフケアについてお聞かせください。

年　月　日　お名前　様

★歯みがきはいつ行いますか？
朝食前　朝食後　昼食後　夕食後　就寝前　決まっていない
その他（　）

★歯みがきにどのくらい時間をかけますか？
３分以内　５分　10分　15分　それ以上（約　分）

★歯ブラシはどんな物を使用していますか？
手用（普通の歯ブラシ）　電動歯ブラシ　両方
（商品名：　）

★歯ブラシのかたさは？
やわらかめ　ふつう　かため　わからない　特に決めていない

★歯ブラシはどの位で交換しますか？
１ヶ月以内　（　）ヶ月ごと　毛先が開いたら（約　ヶ月）

★歯ブラシ以外の物は使用されていますか？
糸ようじ　フロス　歯間ブラシ　その他（　）

★どのくらいの頻度で使用されていますか？
毎日　2～3日に１回　週１回程度　気になった時のみ

★歯みがき粉は何を使用されていますか？
特にこだわりはない　こだわって選んでいる
（商品名：　）

★歯みがき粉の量はどの位つけますか？（絵に○をつけてください）

★洗口液は使用されていますか？
毎日使う　たまに使う　使っていない

★タバコは吸いますか？
はい（1日約　本）　いいえ

★よく召し上がるお飲み物はありますか？
水　お茶　ジュース　コーヒー　お酒　その他（　）