

質問表

氏名: _____

年 月 日

施設No.

被験者No.

年齢: 歳

性別: 男・女

・日常生活に置いて(仕事も含めて)

1) 重い物を持ちたり運んだりしますか

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

2) 細かい作業はしますか 具体的にお書きください()

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

3) モニターを見る作業はしますか(パソコン、スマホ、テレビ、ゲームなど)

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある 1日 時間)

4) 運動はしていますか 具体的にお書きください()

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

5) 緊張やストレスを感じることはありませんか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

6) かみ合わせが気になる事がありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

7) 食後1~2時間後に急激に眠くなる事がありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

・その他

8) 口が開きにくい事がありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

9) 日中にあごがだるくなったり痛くなったりする事がありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

10) 日中に舌が痛くなる事がありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

11) 睡眠不足ですか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

12) 肩こりはありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

13) 頭痛はありますか？

(0.全くない 1.たまにある 2.どちらともいえない 3.しばしばある 4.いつもある)

14) 全身状態特記事項(病歴・服薬歴など)