

## รายการสอบถามการตรวจสอบสุขภาพปาก

นามสกุล		หมายเลขประจำตัว		เบอร์โทรศัพท์		บ้าน		
ชื่อ						มือถือ		
ที่อยู่				ที่อยู่ อีเมล				
				วิธีการรับรายงานการตรวจสอบสุขภาพ		<input type="checkbox"/> ที่อยู่ไปรษณีย์ <input type="checkbox"/> ที่อยู่ อีเมล		



คำถามเกี่ยวกับประวัติของโรคทางปากที่(ทันตกรรม)

1. ปีที่ผ่านมาเคยไปพบทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่
2. ปัจจุบันคุณเป็นโรคเบาหวานหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่                                  ③ ไม่ทราบ
3. ปัจจุบันคุณเป็นโรคเกี่ยวกับเส้นเลือดหัวใจหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่                                  ③ ไม่ทราบ
4. 3 เดือนที่ผ่านมา, คุณรู้สึกว่ามีปัญหาจาก ฟันปลอม  
ทำให้รู้สึกเคี้ยวอาหารไม่สะดวกหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่
5. 3 เดือนที่ผ่านมา, มีอาการปวดฟัน หรือรู้สึกร้าวๆ เจ็บๆ บ้างหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่
6. คุณเคยปวดหรือเลือดไหลในเหงือกหรือไม่?  
① ใช่                                  ② ไม่ใช่
7. โดยส่วนตัวคุณคิดว่าฟันและเหงือกของคุณอยู่ในระดับใด?  
① ดีมาก                              ② ดี                                      ③ ปกติ  
④ ไม่ดี                                ⑤ ไม่ดีมาก



คำถามเกี่ยวกับความเคยชินในการใช้ปากและฟัน  
(อมลูกอม, ความสะอาดช่องปาก, ฟลูออไรด์, สูบบุหรี่)

- 8. เคยเรียนวิธีการแปร่งฟันที่คลีนีคทันตกรรมหรือนามัยหรือไม่?**
- ① ใช่                      ② ไม่ใช่

9. เมื่อวานทั้งวันคุณแปรงฟันกี่ครั้ง?  
(                      ) ครั้ง

10. 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา, ก่อนเข้านอนคุณแปร่งฟันบ่อยแค่ไหน?
- ① แปร่งเป็นประจำ(7 ครั้ง) ② ส่วนมากจะแปร่ง(4~6 ครั้ง)  
 ③ แปร่งบางครั้ง(1~3 ครั้ง) ④ ไม่เคยแปร่งเลย (0ครั้ง)

- 11.1** สัปดาห์ที่ผ่านมา ขณะแปร่งฟัน คุณใช้ไหมขัดฟันหรือที่แปรงร่องฟันบ่อยแค่ไหน?
- (๑) ใช้เป็นประจำ                      (๒) ส่วนมากจะใช้  
(๓) ใช้บางครั้ง                        (๔) ไม่เคยใช้เลย  
(๕) ไม่ทราบว่าไหมขัดฟันหรือ แปรงร่องฟันคืออะไร

- 12. ยาสีฟันที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีส่วนผสมของฟลูออไรด์หรือไม่?**
- ① ใช่                      ② ไม่ใช่                      ③ ไม่ทราบ

13. ในแต่ละวันคุณทานขนม, ลูกกวาด, เค้ก หรือขนมผสมน้ำตาล  
ที่มีส่วนเนยวามากเท่าที่พื้น เป็นอาหารว่างมากน้อยแค่ไหน?
- ① ไม่ทานเลย                      ② 1 ครั้ง                      ③ 2~3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง                      ⑤ ไม่ทราบ

14. ในแต่ละวันคุณทานน้ำอัดลมหรือเครื่องดื่มผสม  
(เกลือแร่สำหรับคนเล่นกีฬา, น้ำผสมอืออน, น้ำผลไม้) มากน้อยแค่ไหน?
- ① ไม่ทานเลย                      ② 1 ครั้ง                      ③ 2~3 ครั้ง
- ④ มากกว่า 4 ครั้ง                      ⑤ ไม่ทราบ

- 15. คุณสูบบุหรี่หรือไม่?**
- ① ไม่เคยสูบเลย
  - ② ปัจจุบันสู้อยู่
  - ③ เมื่อก่อนนี้เคยสูบแต่เลิกแล้ว



เขียนอาการพิเศษ หรือคำถามที่ต้องการสอบถามแพทย์.