

1 あなたについてご記入ください

ふりがな		生 年 月 日	昭和 年 月 日	年齢	歳
氏 名					
住 所	沼津市				
電話番号をご記入ください（記載内容の確認のため連絡させていただく場合があります）					
自宅（		） 携帯（			

2 お口についての質問に○をつけてご回答ください。（全5問）

No.	質問項目	回答欄	
1	自身の歯は何本ありますか？ さし歯や金属をかぶせた歯は、自分の歯として数えます。 インプラントは、自分の歯として数えません	20 本以上	0～19本
2	半年前と比べて固いものが食べにくくなりましたか？ 義歯を使用している人は使用した状態でお答えください	いいえ	はい
3	お茶や汁物でむせることがありますか？	いいえ	はい
4	口の渇きが気になりますか？	いいえ	はい
5	普段の会話で、言葉をはっきりと発音できないことがありますか？	いいえ	はい

3 お口の健康で気になることや相談したいことがありましたら、ご記入ください。

--

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

回答内容の確認のため、お電話させていただくこともありますので、ご了承ください。また、記載いただいた個人情報は、この事業以外には、使用しません。

令和8年 10月 5日 までに返信用封筒に入れてポストへ投函してください。

沼津市保健センター(健康づくり課)055-951-3480

市記入欄

支援要件

結果

/5

--

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---