

ベーチェット病で治療中の患者さんへ

口腔潰瘍※チェックシート

ご記入後は、主治医もしくは医療スタッフにご提出ください。

監修：帝京大学医学部 内科学講座

リウマチ・膠原病グループ/研究室 病院准教授 菊地 弘敏 先生

※口腔粘膜のアフタ性潰瘍

前回受診日

年 月 日

お名前

記入日

年 月 日



- 左にあるイラスト上に、前回の受診からこれまでに経験した口腔潰瘍の場所に○を付け、合計の数をご記入ください。

口腔潰瘍の合計数

個

- 現在の口内に対する満足度は、いかがですか。
該当する項目に☑をつけてください。



満足



やや満足



ふつう



やや不満



不満

- 前回の受診からこれまでに口内の調子が悪いと感じることはありますか。それはどのような時ですか。該当する項目に☑をつけてください。（複数回答可）

☐ 食べ物の種類や量を控える

☐ 食べ物をかみ切ったり、かんだりしにくい

☐ 食べ物や飲み物を楽に食べたり、
楽に飲み込めない

☐ 熱いものや冷たいものや甘いものがしみる

☐ 思い通りにしゃべられない

☐ 口や口のまわりの痛みや不快感のために、
薬を使う

☐ その他（

☐ 特になし

- 他に先生に伝えたいことや聞きたいことがある場合は、こちらにご記入ください。