

(歯科検診・フッ素塗布用)

1歳6か月・3歳児健診では不要です。

|                      |          |                                                                          |                          |              |                           |
|----------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|---------------------------|
| ふりがな                 |          | 男<br>女                                                                   | 生年月日                     |              | 住所地区                      |
| 名 前                  | 第( )子    |                                                                          | 平成・令和 ( 歳                | 年 月 日<br>か月) | (中山・名和・大山)<br>地区に○をしてください |
| 昼間の保育者               |          | 1.母 2.父 3.祖父母                                                            | 4.保育所、幼稚園 5.託児所 6.その他( ) |              |                           |
| 起床・就寝時間              |          | 起きる時間 ( )時 寝る時間( )時                                                      |                          |              |                           |
| おやつ                  | 時間       | 1.決まっている 1日( )回 2.決まっていない 3.与えていない                                       |                          |              |                           |
|                      | 与え方      | 1.子どもがほしがる量 2.大人が決めた量 3.どちらともいえない                                        |                          |              |                           |
|                      | 種類       | よく与えるもの 1. 2. 3.                                                         |                          |              |                           |
|                      |          | 好きなもの 1. 2. 3.                                                           |                          |              |                           |
| 飲み物について              | 牛乳       | 1.ほぼ毎日飲む( 本/日) 2.時々 3.飲まない                                               |                          |              |                           |
|                      | 乳酸菌飲料    | 1.ほぼ毎日飲む( 本/日) 2.時々 3.飲まない                                               |                          |              |                           |
|                      | スポーツドリンク | 1.ほぼ毎日飲む( 本/日) 2.時々 3.飲まない                                               |                          |              |                           |
|                      | ジュース     | 1.ほぼ毎日飲む( 本/日) 2.時々 3.飲まない                                               |                          |              |                           |
|                      | 炭酸飲料     | 1.ほぼ毎日飲む( 本/日) 2.時々 3.飲まない                                               |                          |              |                           |
| 夕食後に飲食しますか           |          | 1.いいえ 2.はい (何を )                                                         |                          |              |                           |
| 歯みがきについて             |          | 1.毎日する(1. 朝 2. 昼 3. 夜) 2.時々 3.しない                                        |                          |              |                           |
|                      |          | 1.子どもだけでみがく 2.大人がみがく                                                     |                          |              |                           |
|                      |          | 3.子どもがみがいてから大人がみがく 4.仕上げみがきを嫌がる                                          |                          |              |                           |
| 食事について               |          | 1.特に心配ない 2.偏食・少食・むら食い・他( )                                               |                          |              |                           |
| かみごたえのあるもの           |          | 1.食べる 2.食べない                                                             |                          |              |                           |
| 食べ方について              |          | 1.気にならない 2.かまない 3.飲み込まず口にためる 4.その他( )                                    |                          |              |                           |
| 母乳について               |          | 1.現在も与えている 2.やめた( 歳 月) 3.与えていない                                          |                          |              |                           |
| 哺乳瓶について              |          | 1.現在も使っている(何を入れて飲みますか ) 2.使っていない                                         |                          |              |                           |
| くせについて               |          | 1.なし 2.指しゃぶり 3.タオルしゃぶり 4.おしゃぶり<br>5.唇かみ(吸う) 6.歯ぎしり 7.つめかみ 8.口呼吸          |                          |              |                           |
| 今までに歯科受診したことがありますか   |          | 1.なし 2.定期受診をしている 3.予防処置(シーラント)をした<br>4.進行止め(サホライド)をぬった 5.けずってつめたり、はめたりした |                          |              |                           |
| 今までにフッ素を使ったことがありますか  |          | 1.なし 2.塗布 今までに( )回・定期的に塗布( )か月ごと<br>3.うがい(フッ化物洗口) 4.その他(歯みがき剤など)         |                          |              |                           |
| フロス(糸ようじ)の使用         |          | 1.使っている 2.使っていない                                                         |                          |              |                           |
| 気になること・相談したいことはありますか |          | 1.なし 2.あり( )                                                             |                          |              |                           |

裏面もお読みください

裏面もお読みください。

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|   | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E |   |
|   | E | D | C | B | A | A | B | C | D | E |   |
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

生菌( 本) { 未処置菌( 本) 処置菌( 本) }

軟組織の異常 無・有(小帯・菌肉・その他)

その他の異常 無・有(指しゃぶり、その他 )

歯の状況 1.要受診 2.要定期受診( )か月後  
3.要注意 4.異常なし 5.その他

齒科医