

子どもの歯科相談問診票

No. _____

相談日 年 月 日

ふりがな 子の氏名 (男・女)	月 日生れ 歳 か月	第 子
--------------------	---------------	-----

屋間の主な保育者 母・父・祖父母・保育園() 保育園)・その他()

<p>1. お子さんの歯のことで気になることはありますか。 ①虫歯 ②歯並び ③歯の色 ④その他 ()</p> <p>2. 母乳・哺乳瓶の使用は続いていますか？ ①はい 夜寝る前 (ある・なし) 夜間 (ある・なし) ②いいえ</p> <p>3. ふだん食べているおやつは何ですか？(いくつでも) ①果物 ②乳製品 ③菓子類 ④パン、おにぎり ④その他 ()</p> <p>4. ほぼ毎日飲むものは？(いくつでも) ①牛乳 ()cc×()回 ②スポーツ飲料 ()cc×()回 ③ジュース ()cc×()回 ④乳酸菌飲料 ()cc×()回 ⑤お茶類、水</p> <p>5. 夕食後から寝るまでの間にお菓子や甘味飲料を飲食しますか？ ①毎日する ②時々する ③しない</p>	<p>6. お母さん、または保護者の方の口の中のことで気になることはありますか？ ①歯肉の色が赤く、腫れている ②歯肉から出血する ③朝、口の中が粘る ④息がくさい ⑤歯の間に食べ物が、はさまりやすい ⑥噛むと痛い ⑦歯肉から、うみが出る ⑧歯がぐらぐらする ⑨その他 ()</p> <p>7. お母さん、または保護者の方の、かかりつけ歯科医はありますか？ ①はい ②いいえ</p> <p>8. お子さんの仕上げ磨きをしていますか？ ①していない ②たまにする ③毎日する()回</p> <p>9. お子さんの歯磨きで歯磨き粉を使っていますか？ ①はい ②いいえ</p>
--	--

歯科相談

<p>萌出歯</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="width:50%; text-align: center;">A B C D E</td> </tr> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">E D C B A</td> <td style="width:50%; text-align: center;">A B C D E</td> </tr> </table> <p>汚れ (++ + ± -)</p> <p>歯肉の腫れ (+ -)</p>	E D C B A	A B C D E	E D C B A	A B C D E	<p style="text-align: right;">サイン()</p>
E D C B A	A B C D E				
E D C B A	A B C D E				

今後の方針 1. HWCハイリスク歯科 2. 歯科フォロー予約()月 3. その他()