

ふりがな 子の氏名	(男・女)	月 日 歳 生れ 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()

I. 歯について

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 ()

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

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 ()

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

5. 夕食後から寝るまでの間にお菓子や甘味飲料を飲
みますか？
①毎日する ②時々する ③しない

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、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 ()

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

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

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

II. 育児について

10. 「おいしい」「あつい」「とって」「いたい」など、動詞
や形容詞を話しますか？
①はい ②いいえ

11. 「お茶 飲む」「ごみ ぼい」など言葉が2つ、つな
がりますか？
①はい ②いいえ

12. 欲しいものをどんな方法で訴えますか？
①言葉で言う ・「お茶」など単語
・「お茶 取って」など、
つながった言葉
②指でさす
③大人の手を持っていく
④要求しない

13. 歯以外に相談したいことはありますか？
①なし ②あり 内容()

14. お母さん、または保護者の方の体調はいかがで
すか？
①良い ②ふつう ③あまり良くない ④悪い

15. お母さん、または保護者の方の、毎日の生活や
育児は、いかがですか？
①楽しい
②大変だけど楽しい
③イライラすることがある
④どうしたらよいかわからなくなることが多い

歯科健診												計測								
歯 の 状 態	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	むし歯の罹患型	O ₁	O ₂	A	B	C ₁	C ₂	体重	kg	
												要治療のむし歯	なし・あり()本					身長	cm	
												歯の汚れ	きれい・少ない・多い							
												歯肉・粘膜	異常なし・あり()					生活相談		
												かみ合わせ	よい・経過観察					診察歯科医師()		サイン()
												年 月 日診査		歯科相談		栄養相談				
														サイン()		サイン()				

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()