

相談日 年 月 日

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

| | |
|------------------------------|--------------------|
| 日中の主に世話をしている人の氏名() 続柄() | 通っているところ(保育園・幼稚園) |
|------------------------------|--------------------|

| | |
|---|--|
| <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. 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. 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 border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td> </tr> <tr> <td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td> <td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>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>体重 g</p> <p>身長 cm</p> <p>栄養相談</p> <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()