

# 2歳6か月児歯科健診・相談アンケート

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 2歳	月 か	日生		
運動発達	1 * 階段をのぼれますか	はい・いいえ	食生活	16 食事について				
	2 * ボールをけることができますか	はい・いいえ		* 朝食を食べていますか			はい・いいえ	
3 <input type="checkbox"/> 積み木を6個積めますか	はい・いいえ	食事時間 朝 ( ) 時・昼 ( ) 時・夜 ( ) 時						
言語・ 精神発達	4 * 2語文の文章を話しますか (「パパ、ネンネ」「プー、乗った」など)	はい・いいえ		* 食事について心配がありますか			いいえ・はい	
	5 たずねられたら指さす部位に丸をしてください 目・耳・鼻・口・頭・手・足・その他 ( )			内容：食欲がない 少食 食べ過ぎ 偏食 噛まない 時間がかかる むら食い 遊び食い その他 ( )				
社会性・ 自立性	6 * 手を洗って拭きますか	はい・いいえ		17 よく飲む飲み物は何ですか				
	7 * 上着を脱ぎますか	はい・いいえ		水・お茶 牛乳(1日 ml) ミルク(1日 ml) ジュース(1日 ml) イオン飲料(1日 ml) 乳酸飲料(1日 ml) その他 ( )				
	8 行動面の心配がありますか	いいえ・はい		18 間食について				
生活習慣	内容 { かんが強い 周囲に無関心 落ち着きがない 乱暴 ひどいくせがある(内容： その他 ( )			回数：1日 回				
				時間：決めている ( ) 時 ( ) 時 ・ 決めていない 内容：おにぎり 食パン 菓子パン アイス あめ いも類 野菜 チョコ スナック菓子 果物 ヨーグルト クッキー 幼児用菓子 その他 ( )				
歯・ 口腔	9 1日の生活リズムについて 起床 ( ) 時 就寝 ( ) 時 外遊び (1日 時間) テレビ・ビデオ (1日 時間)			育児環境	19 育児は楽しいですか			はい・いいえ
	10 排泄(おしっこ、うんち)のことで 困っていることがありますか	いいえ・はい			20 夫(妻)は育児の相談にのってくれたり 協力してくれますか			はい・いいえ
	11 「おはよう」、「おやすみ」などの あいさつができますか	はい・いいえ			21 育児の心配や悩みがありますか			いいえ・はい
その他	12 歯みがきはいつしていますか 朝 昼 夜 毎食後 歯磨きをしない			22 昼間の保育者は誰ですか			母 父 祖父 祖母 保育園(園名 ) その他 ( )	
	13 大人が仕上げみがきをしていますか	はい・いいえ		23 今までに手術や入院をした病気・事故がありましたか			いいえ・はい ( )	
	14 歯について気になることはありますか 内容：虫歯 歯の形 歯並び 歯磨きを嫌がる その他 ( )	はい・いいえ	24 ひきつけをおこしたことがありますか			いいえ・はい ( ) 回		
	15 フッ化物塗布を定期的に行っていますか	はい・いいえ	25 現在治療中の病気がありますか			いいえ・はい 病名 ( ) 病院名 ( )		
	* 本日、フッ化物塗布を希望しますか	はい・いいえ	26 <u>お子さんについて相談したいことなどはありませんか</u> ( )					