|  |  |
| --- | --- |
| **★食事について** | |
| ①食べ物の好き嫌いはありますか？ | はい（好き：　　　　嫌い：　　　）・いいえ |
| ②かみくだいてから飲み込めていますか？ | はい・いいえ |
| ③哺乳びんを使っていますか？ | はい（哺乳びんの中身：　　　　　）・いいえ |
| ④おやつをあげていますか？  はいの場合  １）どんなものをあげていますか？  ２）時間を決めていますか？ | はい（１日　　回）・特に与えていない  食べ物：1あめ　2ビスケット　3せんべい　4ガム　5チョコレート　6スナック菓子  7アイスクリーム　8その他（　　　　　）  飲み物：1牛乳　2乳酸菌飲料　3ジュース  4スポーツ飲料　5お茶  6その他（　　　　　　　　）  はい・いいえ |
| **★歯の衛生について** | |
| ①うがいができますか？ | はい・いいえ |
| ②口の中の清掃は次の方法等によりできていますか？  １）方法  ２）いつしていますか？  ３）誰がしてますか？  ４）仕上げみがきをしていますか？ | はい・いいえ  歯ブラシ・綿花・ガーゼ・電動歯ブラシ  デンタルフロス・その他（　　　　　　　）  起床時・食後・就寝前  幼児本人・親・その他（　　　　　　　　）  はい（誰が：　　　　）・いいえ |
| ③歯医者さんに行ったことがありますか？  はいの場合  １）いつ頃行きましたか？  ２）どんな理由で行きましたか？ | はい・いいえ  令和　　年　　月頃  健診・予防処置（フッ素塗布等）・治療 |
| **★「くせ」について** | |
| 現在ある「くせ」に○、以前あった「くせ」に△をつけてください。 | 1指しゃぶり　2口で呼吸をする　3唇をかむ  4いびきをかく　5爪をかむ　6歯ぎしりをする  7口を開けて眠る　8その他（　　　　　　　　） |

**歯科健診受診の前に（幼児）編）**