|  |
| --- |
| **★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）**