

## 歯科健診受診の前に（幼児編）



食事について	
食べ物の好き嫌いがありますか？	はい（好き：            嫌い：            ）・いいえ
かみくだいてから飲み込めていますか？	はい・いいえ
哺乳びんを使っていますか？	はい（哺乳びんの中身：            ）・いいえ
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？	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（            ）
2) 時間を決めていますか？	はい・いいえ
歯の衛生について	
うがいができますか？	はい・いいえ
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) 誰がしていますか？ 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
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  平成    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（            ）

