

## 歯科健診受診の前に（幼児）



### ★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  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（            ）
---	--