

乳幼児口腔検診問診票
(本問診票は42カ月から53カ月用です)

受検者氏名		住民登録番号		保護者連絡先	
保護者氏名		受検者との関係		E-mail(メール)アドレス	

乳幼児の口腔検診は2歳(18～29カ月)、4歳(42～53カ月)、5歳(54～65カ月)にその時期の特性に適合した項目を段階的に受けることができます。

本設問調査は健康診断の前に乳幼児の状態を事前に把握し、診察の際に参考するためのものです。秘密は保証されるので、正直かつ充実にお答えください。保護者の方が作成するのを基本とし、よく分からない内容は子供を観察してからご記載ください。

歯科病歴と口腔健康認識度に関する質問

1. ここ1年間、お子さんのために歯科病(医)院に行ったことがありますか。

① はい ② いいえ

2. ここ一カ月間、お子さんに歯が痛いと言われたことがありますか。

① はい ② いいえ

3. 現在、お子さんに虫歯があると思いますか。

① はい ② いいえ ③ わからない
6. お子さんは歯磨き方を歯科病(医)、院または保健所から習ったことがありますか。

① はい ② いいえ

7. お子さんの歯を規則正しく磨いてあげていますか。

① はい ② いいえ

8. 昨日の1日間、お子さんが歯を磨いたときを全てチェックしてください。

① 朝食前 ② 朝食後
③ 昼食後 ④ 夕食後
⑤ 寝る前 ⑥ 間食を食べた後

口腔健康習慣(砂糖摂取、口腔衛生、フッ素利用)に関する質問

4. 1日にお菓子、飴、ケーキなど、甘い物や歯にねばねばとねとつく間食は何回食べますか。

① 食べない ② 1回 ③ 2～3回
④ 4回以上 ⑤ わからない

5. 1日に炭酸やソフトドリンク(甘いスポーツドリンク、イオンドリンク、果汁ジュース含む)を何回飲みますか。

① 食べない ② 1回 ③ 2～3回
④ 4回以上 ⑤ わからない
9. 現在お子さんが使っている歯磨きにフッ素が含まれていますか。

① はい ② いいえ
③ わからない ④ 歯磨きを使っていない

10. 普段使っている歯磨きの量はどの程度ですか。

① 僅かに ② 小さい豆程度のサイズ
③ ブラシ部分の半分 ④ ブラシ部分の長さ全体
⑤ 歯磨きを使っていない

11. お子さんの虫歯予防のためにフッ素を利用するようにアドバイスされたことがありますか。

① はい ② いいえ

特別な症状、または歯科医師に聞きたいことを自由に書いてください。