

子どもの氏名 _____

食習慣に関するアンケート

質問事項		該当するものに○または回答をご記入ください。		
1	1日の食事回数は何回ですか。	1日 _____ 回		
2	1食に食べる量はどのくらいですか。	多い	普通	少ない
3	好き嫌いがありますか。	なし	あり (_____)	
4	食物アレルギーがありますか。	なし	あり (_____)	
5	食べ方に丸飲みや早食いがありますか。	はい	いいえ	/
6	手づかみ食べをよくしますか。	はい	いいえ	/
7	スプーンを持って、自分で食べようとしますか。	はい	いいえ	/
8	1日に1回以上、大人と一緒に食事をしていますか。	はい	いいえ	/
9	牛乳またはミルクを1日にどのくらい与えていますか	何を：牛乳・育児用ミルク・フォローアップミルク・与えていない どのくらい：1回 _____ ccを、1日 _____ 回		
10	コップで飲めますか	はい	いいえ	/
11	おやつ時間は決めていますか。	はい	いいえ	/
12	1日のおやつの回数は何回ですか。	0回～1回	2回	3回以上
13	よく与えるおやつはどんなものですか。	(_____)		
14	よく与える飲み物はどんなものですか。 (当てはまるもの全てに○をつけて下さい)	水 ・ お茶 ・ 育児用ミルク ・ フォローアップミルク 牛乳 ・ イオン飲料 ・ 果汁飲料 ・ 炭酸飲料 乳酸菌飲料 ・ その他 (_____)		
15	哺乳瓶を使用していますか。	使用していない ----- 使用している (いつも ・ 時々 ・ 寝る前だけ)		
16	母乳をあげていますか？	あげていない ----- あげている (1日何回くらい _____ 回)		
17	食事や栄養のことで気になることがあれば記入ください。			

1歳6か月児歯科健診アンケート

事前に記入して、歯科健診にご持参ください。

連絡先 電話番号

ふりがな	性別	男	・	女
子どもの氏名	生年月日	平成	年	月 日

質問事項

該当するものに○または回答をご記入ください。

1 指しゃぶりをする習慣はありますか。	はい (どんな時)
	いいえ
2 おしゃぶりをする習慣はありますか。	はい (どんな時)
	いいえ
3 自分で歯磨きをする習慣がありますか。	はい 時々 しない
4 仕上げ磨きの習慣はありますか。	はい 時々 しない
「はい・時々」の場合、1日何回しますか。	1日 _____ 回
「はい・時々」の場合、いつしますか。 (当てはまるもの全てに○をつけて下さい)	朝食後 ・ 昼食後 ・ おやつの後 ・ 夕食後 寝る前 ・ その他 ()
5 夜、仕上げ磨きをしたあとに、食べたり飲んだりする習慣はありますか。 (お茶、水は除く)	しない
	時々 (何を)
	毎晩 (何を)
6 今回の無料のフッ素塗布をしますか。	はい いいえ (理由)
7 毎日子守をしている人は、どなたですか。	お母さん 祖母 その他 :
	園に就園している場合園名 ()
8 かかりつけ歯科医院はありますか。	はい いいえ
	「はい」の場合 歯科医院名 ()
9 かかりつけ歯科医院でフッ素塗布をしていますか。	はい いいえ
	「はい」の場合 何か月毎ですか。 (_____ か月毎)
10 その他気になること、歯科医師に聞きたいことなどありましたら記入ください。	