

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	食事が大体自分でできますか。	はい	いいえ	/
7	はしを使って食べられますか。	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せんか。	はい	いいえ	/
9	牛乳を飲ませていますか。	はい (1日 _____ cc)	いいえ	
10	おやつ時間は決めていますか。	はい	いいえ	/
11	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
12	よく与えるおやつはどんなものですか。	( _____ )		
13	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 ・ イオン飲料 ・ 乳酸菌飲料 果汁飲料 ・ 炭酸飲料 ・ 牛乳 ・ 乳飲料 その他 ( _____ )		
14	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 (何を/ _____ 何回/ _____ 1回量/ _____ )		
15	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 _____ )		
16	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。			

# 3歳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」の場合、1日何回しますか。 「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)	はい	時々	しない
		1日 _____ 回		
		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。			