

# 1歳児親子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。

|  |                        |           |       |
|--|------------------------|-----------|-------|
| 住所 阿賀野市  | 連絡先<br>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 1日の食事の回数は何回ですか。  |                        |           | 回     |
| 4 自分で歯磨きをする習慣がありますか。   | はい                     | 時々        | しない   |
| 5 仕上げ磨きの習慣はありますか。  | はい                     | 時々        | しない   |
| 6 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  |
| 7 よく与えるおやつはどんなものですか。   | ( )                    |           |       |
| よく与える飲み物はどんなものですか。   | ( )                    |           |       |
| 8 夜、仕上げ磨きをしたあとに、<br><br>食べたり飲んだりする習慣はありますか。<br><br>(お茶、水は除く) | しない                    |           |       |
|  | 時々 (何を )               |           |       |
|  | 毎晩 (何を )               |           |       |
| 9 哺乳瓶を使用していますか。  | 使用している (何を/ 何回/ 1回量/ ) |           |       |
|  | 使用していない                |           |       |
| 10 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 )       |           |       |
| 11 今回の無料のフッ素塗布をしますか。   | はい                     | いいえ (理由 ) |       |
| 12 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。                      |                        |           |       |
| 13 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 ( )       |           |       |