

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

仕上げ磨きの習慣はありますか。 はい 時々 しない

4 「はい・時々」の場合、1日何回しますか。
朝食後 ・ 昼食後 ・ おやつの後 ・ 夕食後
寝る前 ・ その他 ()
1日 回

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。