1歳6か月児歯科健診アンケート

※事前に記入して健診時受付に提出ください。

連絡先 電話番号

ふりがな	性別	男	・	女
子ども氏名	生年月日	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。 「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)	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。			