

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
仕上り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。	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、仕上り磨きをしたあとに、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 今日の健診時のフッ素塗布は希望しますか。	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。			