

2歳6か月児歯科健康診査アンケート

受診日 年 月 日 NO

ふりがな		男	生年	(年 月 日)	第 子		
幼児氏名		女	月 日	(歳 か月)			

※早産の場合は出産予定日からかぞえて 歳 か月 日にあたる

屋の主な保育者	1. 母 2. 父 3. 祖父母 4. 保育園・幼稚園(園名) 5. その他		
母親の就業状況	1. 専業主婦 2. 内職 3. 家業(自営業・農業) 4. パートタイム勤務 5. フルタイム勤務 6. 育児休暇中		電話番号
フッ素塗布の希望	あ り ・ な し (歯科医院で実施 ・ 希望無し ・ その他)		

既往歴	・今までにかかった大きな病気等がありますか？	な し ・ あ り ()
	・今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか？	な し ・ あ り ()
	・現在、治療している病気がありますか？	な し ・ あ り ()

1日の生活リズム(睡眠や食事など主なものを書き入れてください。)

6:00	12:00	18:00	0:00

食 事	1. 食事について	
	①食事回数は？ 1日()回	
	②「主食」+「主菜」+「副菜」がそろった食事がとれていますか？※	
	・朝食ではとれていますか？	はい・いいえ
	・昼食ではとれていますか？	はい・いいえ
	・夕食ではとれていますか？	はい・いいえ
	③味付けは、大人の食事に比べて薄味ですか？	はい・いいえ
	2. おやつ等の与え方	
	①回数を決めている	は い 1日(回) ・ いいえ
	②時間を決めている	は い ・ いいえ
	③量を決めている	は い ・ いいえ
	④よく食べているおやつの内容は？いくつかもお選びください	
	・ せんべい ヨーグルト チーズ 果物 いも類 手作りおやつ	
	・ スナック菓子 アイス プリン ゼリー	
	・ あめ キャラメル ガム チョコレート まんじゅう ラムネ グミ クッキー チューブ入りアイス	
	⑤よく飲んでいる飲み物は？いくつかもお選びください	
	・ 牛乳 (cc/日) フォローアップミルク (cc/日) お茶・水 (cc/日)	
	・ 市販ジュース (cc/日) 乳酸飲料 (cc/日) イオン飲料 (cc/日) その他 (cc/日)	
	3. 現在、母乳をのませていますか？	いいえ ・ は い
	4. 現在、哺乳瓶を使用していますか？	いいえ ・ は い
	中身は何ですか？	甘味のあるもの、牛乳、ミルク、お茶、水
	5. 食事について困っていることはありますか？→少食・偏食・むら食い・その他 (内容)	

※主食:ご飯・パン・めん等
主菜:肉・魚・大豆を使った料理
副食:野菜・きのこ・いも・海藻を使った料理

裏面へ→

