

2歳6か月児歯科健診アンケート

受診日 年 月 日 NO

ふりがな							
幼児氏名	男 女	生年 月 日	( 年 月 日 ) ( 歳 か月 )	第 子	家族構成	1. 核家族 2. 複合家族	

※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

昼の主な保育者	1. 母 2. 祖父母 3. 保育園・幼稚園(園名 ) 4. 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	( )
	・今までにひきつけ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。)



栄 養	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

