

## 2歳児歯科健康診査アンケート

受診日 年 月 日 NO

ふりがな		生年	年 月 日	第 子		
幼児氏名	男 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
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、母乳を飲ませていますか？	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？→小食・偏食・むら食い・その他		
(内容 )		
歯	1. 歯みがきをしていますか？	は い ・ いいえ
	2. 大人が仕上げみがきをしていますか？	は い ・ いいえ
	いつしていますか？	起床時・朝食後・昼食後・夕食後、就寝前
	誰が手入れをしますか？	母・父・母父以外の家族( )
	3. フッ素入り歯磨き剤を使っていますか？	は い ・ いいえ
4. 指しゃぶり(おしゃぶり)等の癖がありますか？	いいえ ・ は い	
5. 歯について気になることがあれば記入してください。		
(内容 )		

裏面へ→

目	1. 両目でしっかり物を追いますか？	は い ・ いいえ
	2. 両目の視線が合わないことがありますか？ どのように？	いいえ ・ は い 内側による ・ 外にはずれる ・ 上にあがる ・ よくわからない
	3. 外へ出るとひどくまぶしがったり、片目をつぶることがありますか？	いいえ ・ は い
	4. 眠くなったり疲れたとき、黒目の位置が上下左右に寄ることがありますか？	いいえ ・ は い
	5. テレビやスマートフォンを見るとき次のような様子を見せますか？	
	①目を細めたり、顔をしかめたりする	いいえ ・ は い
	②何度注意しても極端にテレビに近づいて見る	いいえ ・ は い
	③顔を横に向けて横目で見る	いいえ ・ は い
	④あごを引いて上目使いで見る	いいえ ・ は い
	⑤あごを突き出して下目使いで見る	いいえ ・ は い
6. 片目をかくしてもものを見たとき左右同じように見えますか？	は い ・ いいえ	
7. 瞳(目の中央)が白く見えるときがありますか？	いいえ ・ は い	
8. 黒目の大きさが左右違いますか？	いいえ ・ は い	
9. まぶたが下がっていますか？	いいえ ・ は い	
10. お子さんがテレビを観たり、スマホやタブレットで遊ぶ時間はどれくらいですか？ ( )時間/日		
問  診	1. 一段ずつ足をそろえながら階段を登ることができますか？	は い ・ いいえ
	2. 走りますか？	は い ・ いいえ
	3. おしっこが出たことを教えますか？	は い ・ いいえ
	4. 排泄のしつけを始めていますか？	は い ・ いいえ
	5. 自分で衣類を脱ごうとしますか？	は い ・ いいえ
	6. えんぴつでなぐり書きをしますか？	は い ・ いいえ
	7. 少しでも親から離れて遊びますか？	は い ・ いいえ
	8. お子さんは、普段どんな遊びをしますか？(遊びの内容: )	
	9. ストローを使うことができますか？	は い ・ いいえ
	10. 簡単な手伝いをしますか？	は い ・ いいえ
	11. 困難なことに会おうと助けを求めますか？	は い ・ いいえ
	12. 二語文を言いますか？ (どんな言葉ですか？ )	
	13. 「もうすこし」「もうひとつ」がわかりますか？	は い ・ いいえ
	14. 二つの指示がわかり行動できますか？ 例) ママにボールを渡して 等	は い ・ いいえ
	15. 相手に対し、指をさしながら同意や共感を求めますか？	は い ・ いいえ
	16. 目・鼻・口・手・足・腹がどこかわかりますか？	は い ・ いいえ
	17. 気になる癖、行動、苦手さ、こだわりはありますか？ (内容 )	
	18. よく動き回る等落ち着きがないと感じることはありますか？	いいえ ・ は い
	19. 養育上で困難を感じることはありますか？ どんなことですか？	いいえ ・ は い かんが強く、よくぐずる ・ 手がかかる ・ おとなしすぎる ・ 夜泣き
	20. 子どもに対し、イライラすることが多いですか？	いいえ ・ は い
	21. 子どもに対し、かわいくないと感じることが多いですか？	いいえ ・ は い
	22. お母さんの身体や気持ちの状態はどうですか？ ・心身ともに調子が良い ・身体は良いが精神的に良くない ・精神的には良いが身体の調子が良くない ・心身ともに調子が悪い ・なんともいえない	
	23. その他心配や気になることがありますか？ (内容 )	いいえ ・ は い