

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 幼児 氏名		男 女	生年 月 日	(年 歳 か月)	月	日	第 子		
------------------	--	--------	--------------	------------------	---	---	--------	--	--

※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

星の主な保育者	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はありますか? 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	
※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		
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?いくつでもお選びください		
・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?いくつでもお選びください		
・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 ②何度も注意しても極端にテレビに近づいて見る ③顔を横に向けて横目で見る ④あごを引いて上目使いで見る ⑤あごを突き出して下目使いで見る	いいえ・はい いいえ・はい いいえ・はい いいえ・はい いいえ・はい
	6. 片目をかくして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. おしつ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. えんぴつでなくなり書きをしますか？	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. 困難なことに出会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？)	はい・いいえ ()
	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)	いいえ・はい ()
	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 ()