

## 2歳児歯科健康診査アンケート

受診No.

年 月 日

ふりがな 幼児氏名		生年月日	年 月 日 (2歳 か月)
連絡先	自宅 (      -      -      )	携帯電話 (      -      -      )	

《1》 お子さんの様子についておたずねします。

1	走ることができますか。	は い	いいえ	わからない
2	両足でぴよんぴよんとべますか。	は い	いいえ	わからない
3	片手でつかまりながら階段を1人で上り下りできますか。	は い	いいえ	わからない
4	まるや線をまねて書きますか。	は い	いいえ	わからない
5	あめなどの包み紙を開いたり、みかんの皮をむいたりしますか。	は い	いいえ	わからない
6	スプーンを使って自分で食事を食べますか。	は い	いいえ	わからない
7	簡単な二語文を言いますか(ワンワンきた、マンマちょうだい)。	は い	いいえ	わからない
8	簡単な言葉を使って自分の要求を表しますか。	は い	いいえ	わからない
9	トイレで排泄ができますか。	は い	いいえ	わからない
10	大人が気をつけていないと動き回りどこかへ行ってしまふことがありますか。	は い	いいえ	わからない
11	「またこんど」「また明日」という言葉で泣きながらでもがまんできますか。	は い	いいえ	わからない
12	近くにいる子どもに関心をもって近づいたりしますか。	は い	いいえ	わからない
13	次の事柄で特に気になることはありますか。 寝つきが悪い、夜泣きがひどい、おとなしすぎる、 かむ・たたくなどの攻撃的行動、一時も離れない	いいえ は い (      )		
14	今までに大きな病気をしたり、現在治療中の病気がありますか。	いいえ は い (      )		
15	今までにけが・火傷・誤飲などをしたことがありますか。	いいえ は い (      )		

《2》 お母さん(保育者)の様子についておたずねします。

1	屋間の保育は誰がしていますか。	母・父・祖母・保育所 (      ) ・その他 (      )		
2	お母さん(保育者)はお仕事をしていますか。	いいえ は い (      )		
3	お母さん(保育者)の体や気持ちの状態はいいですか。	は い    いいえ    どちらでもない		
4	子育ての不安や悩みを誰かに相談していますか。	いいえ は い【配偶者 実父母 義父母 友人    その他 (      )】		
5	育児や家事を手伝ってくれる人はいますか。	いいえ は い【配偶者 実父母 義父母 友人    その他 (      )】		
6	子どもを預けて外出できますか。	は い    いいえ		
7	同じ年代の子どもがいる親同士交流したいと思いませんか。	は い    いいえ    どちらでもない		
8	同じ年代の子どもがいる親同士の交流はありますか。	は い(市内 近隣市町村      )    いいえ		
9	育児は楽しいですか。	は い    いいえ    どちらでもない		
10	育児をする上で(家族のことも含めて)心配なことや困っていることはありますか。 ない    ある    (      )			
11	家族でタバコを吸う人がいますか。	いない    いる (      )		

※裏面もご記入ください。

《3》食生活についておたずねします。

1	食事で困ることはありますか。	いいえ はい (偏食 少食 むら食い その他)					
2	食事の時よくかんで食べていますか。 よくかんでいる かたいものがかめない よくかまずに丸のみする かんでも飲み込めず口にためたり口から出してしまう						
3	野菜を1日に合計でどれくらい食べますか。 小鉢1杯分 小鉢2杯分 小鉢3杯分以上 その他 ( )						
4	おやつとの与え方 だいたい時間を決めている (1日 回) 時間を決めていない (1日 回位) あまり欲しがらない 与えていない						
5	よく食べるおやつの種類 (いくつでも) あめ キャラメル ラムネ チョコレート ガム ビスケット クッキー スナック菓子 あられ ケーキゼリー プリン ヨーグルト アイスクリュー 果物 その他 ( )						
6	おやつ分量は決めていますか。	はい いいえ (袋ごと ・ 欲しがるだけ) その他 ( )					
7	よく飲む飲み物	お茶	飲まない	飲む			
		牛乳	飲まない	飲む	時々	毎日 (1日	cc)
		乳酸菌飲料	飲まない	飲む	時々	毎日 (1日	本)
		ジュース	飲まない	飲む	時々	毎日 (1日	cc)
		その他 ( )	飲まない	飲む	時々	毎日 (1日	cc)
8	起床、就寝、食事、間食 (決まっていれば) の時間 AM PM 6 8 10 12 2 4 6 8 10 12 6						
9	食事に関して不安や悩みがありますか。	いいえ はい					
10	食生活について相談したいことはありますか。 内容 :	いいえ はい					

《4》歯についておたずねします。

1	歯みがきをしていますか。	はい (毎日・時々) いいえ
	いつみがきますか。	食後 (朝・昼・夕) 寝る前 その他 ( )
	誰がしますか。	子ども 親が手伝う 子どもが磨いた後に親がみがく
2	虫歯がありますか。	ないと思う あると思う
3	指しゃぶりのくせはありますか。	ない ある (いつ、どんな時) ( )
4	哺乳びんを使っていますか。	いいえ はい (いつ: 内容: ) ( )
5	寝る前や夜中に何か飲みますか。	飲まない 飲む (母乳、牛乳、ミルク、ジュース、乳酸菌飲料) 飲む場合、その後で歯みがきをしますか はい いいえ
6	歯について相談したいことはありますか。 内容 :	いいえ はい

今回、健診を受けられたお子さんのフッ素塗布の希望をおうかがいします。

① 塗布を希望します

② 塗布を希望しません

問診担当者 ( )