

2歳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) | |

※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

| | | |
|---------------------------------|--|---|
| 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と | いいえ・はい |
| | ④あごを引いて上目使いで見ると | いいえ・はい |
| | ⑤あごを突き出して下目使いで見ると | 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)が白く見えることがありますか？ | 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 | |
| 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. お子さんは、普段どんな遊びをしますか？(遊びの内容:) | |
| | 8. ストローを使うことができますか？ | はい・いいえ |
| | 9. 簡単な手伝いをしますか？ | はい・いいえ |
| | 10. 困難なことに出会うと助けを求めますか？ | はい・いいえ |
| | 11. 二語文を言いますか？ (どんな言葉ですか？) | |
| | 12. 「もうすこし」「もうひとつ」がわかりますか？ | はい・いいえ |
| | 13. 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 |
| | 14. 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 |
| | 15. 目・鼻・口・手・足・腹がどこかわかりますか？ | はい・いいえ |
| | 16. 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 |
| | 17. 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 |
| | 18. 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 |
| | 19. 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 |
| | 20. 子どもに対し、かわいくないと感じる人が多いですか？ | いいえ・はい |
| | 21. 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 | |
| | 22. 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 |