

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

