

3歳6か月・4歳歯科相談アンケート

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	

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)						

通院歴	・今までに歯科医院にかかったことはありますか? なし・あり・定期的に通院中(治療中・フッ素塗布)
-----	--

おやつについて	1. おやつをどのように与えていますか? 時間を決めて ・ 保護者が適時 ・ 子供が欲しがる時 ・ 子供が勝手に ・ 与えない
	2. おやつを決めていますか? 保護者が適当に ・ 子供が欲しがるだけ ・ その他 ()
	3. おやつのは回数はどのくらいですか? ほとんど与えない ・ 2~3日に1回 ・ 1日1回 ・ 1日2回 ・ 1日3回 ・ 1日4回以上
	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) 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 ()

歯	1. 歯みがきをしていますか? 毎日・時々・いいえ
	2. 大人が仕上げみがきをしていますか? 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・母以外の家族()
	3. フッ素入り歯磨き剤を使っていますか? はい・いいえ
	4. 指しゃぶりはありますか? 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)

* その他育児や発達のことなどで相談したい事がありましたら窓口相談・電話相談をご利用ください
牧之原市役所 健康推進課 TEL:23-0027