

受診年月日 _____

返却サイン _____

**太枠内を記入し、健診当日にお持ちください。
裏面もあります。**

1. 現在一緒に生活している方を記入してください。

氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業	氏名	続柄	生年月日 (歳)	職業
	父	. . ()				. . ()	
	母	. . ()				. . ()	
	本人	. . ()				. . ()	
		. . ()				. . ()	

2. 日中の主な保育者はどなたですか。
母親 父親 祖父母 その他 ()

3. 保育園等に通っていますか。
保育園・託児所 (施設名)

4. 現在治療中の病気や、入院を伴うような病気・けがをしたことがありますか。
なし あり ()

5. お子さんの歯科に関することや発達等で、心配なことがあればお書きください。

6. ここ3か月の間、フッ素塗布をしましたか。(していない・している _____ 年 _____ 月に実施)

7. 起床・食事・就寝・お子さんが口にしたものなどを表に書き出してみましょう。

時間	生活内容	お子さんが飲食したもの
0時		
1時		
2時		
3時		
4時		
5時		
6時		
7時		
8時		
9時		
10時		
11時		
12時		
13時		
14時		
15時		
16時		
17時		
18時		
19時		
20時		
21時		
22時		
23時		

例) 7時半 起床 { トースト1枚(6枚切り)
8時 朝食 { スランブルエッグ(卵1個)
野菜スープ1杯・牛乳150ml

8. おやつは1日何回ですか。 _____ 回
主にどんなものですか。()

9. 甘味飲料(乳酸菌飲料、ジュース、イオン飲料等)をどのくらい飲みますか。
・飲まない₀
・時々飲む(週に1~3日)₁
・1週間に4日以上₂ → _____ ml/日

10. 歯みがきをしますか。
・毎日する ・時々する ・しない
いつみがきますか ()

11. 次のものは1日どのくらい飲みますか。
牛乳 飲まない 飲む _____ 回 _____ ml/日
母乳 飲まない 飲む _____ 回 _____ ml/日
粉ミルク 飲まない 飲む _____ 回 _____ ml/日

ふりがな 子の氏名	男 女	生年月日 令和 年 月 日
電話	自宅： なし・048 ()	携帯（母・父）： ()

これより下は記入しないでください。

コード

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

①担当歯科医師

医師名 _____

②清掃状況

1.良 2.ふつう 3.不良

③フッ化物歯面塗布

塗布経験 無・有 (年 月)

担当医指事 有・無

実施 1.有 2.無

医師コード
清掃状況
フッ素実施

健全歯数	処置歯数	未処置歯数	AgF歯数	う歯総数	現在歯数	喪失歯数

④軟組織の以上 1.なし あり (2.小帯 3.歯肉 4.その他)

軟組織

⑤不正咬合 1.なし

あり (2.反対・下顎前突 3.上顎前突・過蓋 4.開咬 5.叢生 6.正中離開 7.その他)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

⑥歯牙の異常 1.なし

あり (2.過剰歯 3.欠如歯 4.癒合歯 5.円錐歯 6.巨大歯 7.矮小歯 8.減形成 9.その他)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

⑦総合判定 1.問題なし 2.指導 3.受診勧奨

判定

歯科衛生士 (担当 Br. . F)

保健師相談 (担当) 内容