

# 2歳児歯科健診票

健診日 年 月 日 (年齢 歳 か月)

※ 太枠内を記入し、健診時にお持ちください

地区 _____	付添者 (母・父・祖父母・その他) _____ )
お子さんの氏名 _____ (男・女)	記入者 (母・父・祖父母・その他) _____ )
住んでいるところ _____	連絡先 ( ) _____

◎家族構成を記入ください。

続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態	続柄	氏名	年齢	職業等	健康状態
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )
				健・病 ( )					健・病 ( )

- 日中の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 ( ) ・その他 ( ) )  
 ○ 夜間の主な保育者 (母・父・祖父母・保育所 ( ) ・その他 ( ) )

- 「わんわんきた」「まんまちょうだい」など、2語文を話しますか  
 ・はい ( 歳 か月頃 ) ・いいえ 単語のみ ・その他 \_\_\_\_\_

- うんちやおしっこのしつけは始めていますか  

	はい	いいえ		
うんちを教えますか	知らせる	してから知らせる	知らせない	
おしっこを教えますか	知らせる	してから知らせる	知らせない	

- テレビ・DVD・スマートフォンなどを一日にどれくらい見ていますか  

	1. 30分未満	2. 30分～1時間		
	3. 1時間から2時間	4. 2時間以上		

- お母さんの体調は良いですか  

	はい	どちらとも言えない	いいえ	
--	----	-----------	-----	--

- 育児が大変だと感じることはありますか  

	はい	どちらとも言えない	いいえ	
--	----	-----------	-----	--

- 育児に協力してくれる人はいますか  

	はい(祖父母・友人・その他 ( ) )	いいえ		
--	---------------------	-----	--	--

- これまでに受けた予防接種に○をしてください  
 1. Hib ( 1・2・3・追加 )    2. 小児肺炎球菌 ( 1・2・3・追加 )    3. B型肝炎 ( 1・2・3 )  
 4. 4種混合 ( 1・2・3・追加 )    5. BCG    6. 麻しん風しん    7. 水痘 ( 1・2 )

- お子さんとお母さんの生活リズムを記入してください (起きる・寝る・昼寝・食事・おやつ・遊び 他)

子の生活リズム
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
母の生活リズム

- 歯みがきについてお聞きします

	毎日みがく (・子どもが1人で	1日おき程度 (・子どもの後に親が仕上げ	週に1～2回 (・親がしてあげる )	みがかない (・親がしてあげる )
朝食後				
昼食後				
夕食後				

- お子さんの歯の健康を守るために、現在毎日してあげていることや気をつけていることはありますか。(複数可)  
 ・しあげみがき ・おやつの内容や回数 ・おやつのお茶や水を飲ませる ・おやつのはうがいをさせる  
 ・その他 (具体的に \_\_\_\_\_ ) ・特に気をつけていることや毎日してあげていることはない

- 言うことを聞かない時や静かにしてほしい時、またはせがまれるたびにお菓子や飲み物を与えることはありますか  
 \_\_\_\_\_ ない ・ ときどきある ・ 頻繁にある

- 気になる「くせ」はありますか  
 ・ 特になし ・ 指しゃぶり ・ おしゃぶりをを使う ・ 唇をかむ、吸う ・ 歯ぎしりがひどい ・ その他 \_\_\_\_\_

○ 食事をとらないことがありますか      いいえ      はい（朝・昼・夕 .....回/日・週） 「はい」と答えた理由（食べる時間がない ・ 間食のとりすぎ ・ その他 .....）		
○ 牛乳を飲んでいますが      はい（1日 .....cc）      いいえ 「いいえ」と答えた理由（嫌いだから ・ アレルギーだから ・ その他 .....）		
○ スプーンやフォークを使って、自分で食べられますか ・全部自分で食べる      ・大人も半分手伝う      ・ほとんど大人が食べさせる		
○ 食事の前に手洗いはしますか	はい	いいえ
○ 食事の時にあいさつはしますか	はい	いいえ
○ 食事の時にテレビを消していますか	はい	いいえ
○ 子ども用に取り分けていますか	はい	いいえ
○ 家族同じメニューで食べていますか	はい	いいえ
○ 遊び食いやむら食いはありますか	いいえ	はい
○ 嫌いな食べ物がありますか	いいえ	はい（魚 肉 卵 大豆製品 野菜 牛乳・乳製品 その他）
○ 食物にアレルギーはありますか	いいえ	はい（医師より指示 有 ・ 無）
	アレルギーを示す食品（ .....）	
○ 間食の時間は決まっていますか	はい	いいえ（理由 .....）
○ 間食の回数は決まっていますか	はい（ .....回）	いいえ（理由 .....）
○ 間食に与える物はどんなものですか（複数回答可） 1. 牛乳・乳製品    2. 果物    3. おにぎり・パン・いも類など    4. 菓子類（菓子パン含む） 5. ゼリー・プリン    6. 乳酸菌飲料    7. イオン飲料    8. ジュース類（野菜・果汁100%含む） 9. アイスクリーム    10. あめ・ガム・チョコ    11. その他（ .....）		
○ 普段、飲む物は何ですか（複数回答可） 1. 水      2. むぎ茶      3. 牛乳      4. ジュース      5. イオン飲料      6. 乳酸菌飲料 7. その他（ .....）		
⇒4. 5. 6. と答えた方に伺います。 ◇その飲み物を1日に飲む回数はどれくらいですか。 1. 毎日ではない      2. 1日1回      3. 1日2回      4. 1日3回以上 5. その他（ .....） ◇どんな時に飲みますか。（複数回答可） 1. 食事の時      2. おやつの時      3. 泣いたり、ぐずったりした時 4. 昼寝前や夜寝る前      5. 入浴後      6. 本人が飲みたい時に自由に 7. その他（ .....） ◇歯の健康のために、水やむぎ茶、牛乳に変えようと思いませんか。 1. 思う      2. 思わない      3. どちらとも言えない		
○ 相談内容について希望するものに○印をつけてください ・特になし ・ 身体発育 ・ 予防接種 ・ 食事 ・ 口の中のこと ・ 子育てについて ・ その他 具体的な内容 [ ..... ]		
担当者保健師 _____	管理栄養士・栄養士 _____	歯科衛生士 _____
.....		
.....		
.....		

○お子さんが食べた昨日の食事（どんなものをどれだけ食べたか思い出して書いてみましょう）

《記入例》

朝食 (7時)	副菜	おひたし 中鉢1つ ほうれん草・ のり・しょうゆ	副々菜	群の物少々 わかめ・かまぼこ・ きゅうり	主菜	目玉焼き 卵1個・油 千切りキャベツ
	主食	ご飯 1杯			みそ汁 1杯 大根・油揚 げ・にんじん	

朝食 (時)	副菜	副菜・・・野菜を使った料理	副々菜	主菜・・・肉・魚・卵・納豆など
	主食	主食・・・ご飯・パンなど		
昼食 (時)	副菜	副菜	副々菜	主菜
	主食	主食		
夕食 (時)	副菜	副菜	副々菜	主菜
	主食	主食		

○食事以外で食べたもの全てを記入してください。

時間	食べたもの	時間	食べたもの