## 2歳6か月児歯科健診票

健診日 年 月 日(年齢 歳 か月)

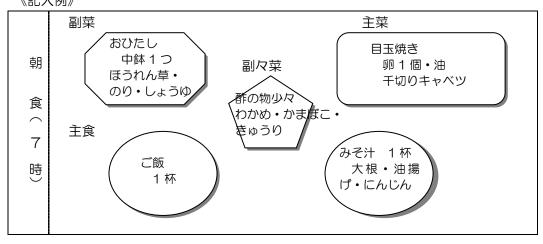
1044	O 15 1 5 7 5 EE 1 1 1	CDY 714	X	•	, ,	1.374
*	太枠内を記入し、	健診時にお持ちください				

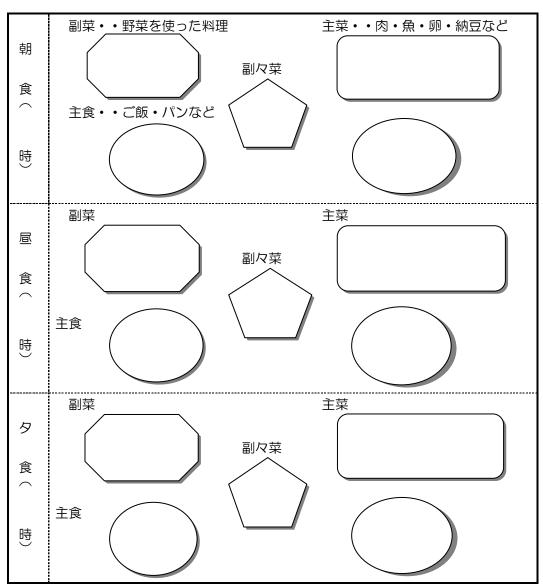
/•\ /	WILL S COL	$\mathcal{M}$	足りじにの	197 (///	•							
<u>地区</u> 付添者(母・父・祖父母・その他 )												
お子さんの氏名					(男	• 女)		<b>₹・父・</b>	祖父母・その	の他		)
<u>住んでいるところ</u> <u>連絡先 ( ) - - </u>												
	構成を記入・		N。 職業等	健康状態	ą	続柄	氏名	左脸		1	健康状態	<u> </u>
続柄	氏名	年齢	脚果守	健康状態 健康状態	)	和TM	N <del>a</del>	年齢	明未守	健•		<u>s</u>
				健•病(	)					健•		<u> </u>
				健•病(	)					健•		)
				健•病(	)					健•		
				健•病(	)					健•		)
	L bの主な保護			<u>│                                     </u>		) • -	I その他			IXE.	/r3 (	
				、母・保育所(			その他	)				
				だい」など、2								
_				・いいえ単詞			その他					
0 う	んちやおし	っこの	しつけは始め	りていますか	は	tur	6161	え				
	う/	いちを教	<b></b>		知ら	がせる	してから知	]らせる	知らせな	しりえ		
	おし	っこを	教えますか		知ら	がせる	してから知	]らせる	知らせな	ハルネ		
			ートフォンな	よどを			苘			間		
—E	3にどれく!	らい見て	ていますか		3. 1	時間か	ら2時間	4. 2	時間以上			
O お	母さんの体	調は良	いですか		は	(J)	どちらとも言	言えない	しいいき	₹		
〇 育!	児が大変だ	と感じ	ることはあり	)ますか	は	:61	どちらとも言	しいいえ	₹			
〇 育!	児に協力し	てくれ	る人はいます	すか	はい	(祖父母	· 友人·その	他 )	しいいき	₹		
O こキ	1までに受け	ナた予覧	方接種に〇を	してください								
				2. 小児肺炎球								)
4. 4種混合( 1・2・3・追加 ) 5. BCG 6. 麻しん風しん 7. 水痘( 1・2 )												
O お	子さんとお	母さん	の生活リズム	」を記入してく	ださい	八 (走	≧きる・寝る	· 昼寝	<ul><li>食事・お</li></ul>	やつ	• 遊び	他)
子の生	生活リズム											
1	2 3 4	5 6	7 8 9	10 11 12	13	14 1	5 16 17	18 1	9 20 21	22	23 2	24
母の名	母の生活リズム											
〇 歯	みがきにつ	ハてお	聞きします									
古戶	合丝		みがく	<ul><li>1日おき</li></ul>	を程度		· 週に1~2		・みがか	ない		
朝食後 (・子どもが1人で・子どもの後に親が仕上げ・親がしてあげる)												
層	食後		みがく				· 週に1~2		-			
	(			・子どもの								
5	'食後 /		みがく もが1人で				・週に1〜2 -ば		-			
		•于C	60/1/C	• <del>J</del> C 50.	ガタに	祝刀当上」	上げ -	• 柷刀	(U (W))	)		
〇お子	さんの歯の	健康を	守るために、	現在毎日して	あげて	こいるこ	とや気をつ	けている	ることはあ	ります	「か。(複	数可)
<ul><li>しあげみがき</li><li>おやつの内容や回数</li><li>おやつの後にお茶や水を飲ませる</li><li>おやつの後はうがいをさせる</li></ul>												
<ul><li>その他(具体的に )</li><li>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</li></ul>												
○ 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												
〇 気	○ 気になる「くせ」はありますか											

・特になし ・指しゃぶり ・おしゃぶりを使う ・唇をかむ、吸う ・歯ぎしりがひどい ・その他

〇 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)						
〇 牛乳を飲んでいますか	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)						
〇 スプーンやフォークを使って、自分で1	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						
〇 食事の前に手洗いはしますか	はい	いいえ						
〇 食事の時にあいさつはしますか	はい	いいえ						
〇 食事の時にテレビを消していますか	はい	いいえ						
〇 子ども用に取り分けていますか	はい	いいえ						
〇 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						
〇 嫌いな食べ物はありますか	いいえ	はい( 魚 肉 卵 大豆製品 野菜 牛乳・乳製品 その他 )						
〇 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						
〇 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すか。								
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								
・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	き士・栄養士	歯科衛生士						

## 〇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》





## ○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