

(R6)

3歳児歯科健診記録

実施日

実施場所

同伴者：母・父・祖母・祖父・

その他()

太線内を記入してください。該当するところに○をつけ、()内には具体的に記入してください。

氏名	ふりがな.....	男	R	年	月	日生	保育者	昼	母・父・祖父母・園名()
		女	3	歳	か	月		日	夜
1	哺乳瓶を使っていますか	1.使っていない(歳 か月でやめた) 2.使っている 1日()回(中身:)							
2	母乳を飲んでいますが	1.飲んでいない(歳 か月でやめた) 2.飲んでいる 1日()回							
3	指しゃぶりをしますか	1.しない 2.する							
4	おしゃぶりを使っていますか	1.使っていない 2.使っている							
5	ミルクや母乳を飲んだまま歯をみがかず に眠ることがありますか	1.ない(飲んでいない場合も含む) 2.時々ある 3.ほとんど毎日ある							
6	間食は1日何回しますか ※入園している場合は園も含めて	1日()回							
7	家ではどんなおやつを食べていますか ○で囲んでください	せんべい・果物/スナック・アイス・プリン・ヨーグルト/ ビスケット/チョコ・あめ・グミ()							
	一番ひんぱんに食べるものは何ですか	()							
8	家ではどんな飲み物を飲んでいますが ○で囲んでください	水・麦茶・牛乳/ジュース・イオン飲料・乳酸菌飲料							
	一番ひんぱんに飲むものは何ですか	()							
9	仕上げ歯みがきをしていますか	1.毎日している 2.1週間に()日くらい 3.していない							
	いつ仕上げ歯みがきをしますか	1.眠前 2.その他()							
10	デンタルフロス(歯間部清掃用具)を使っ ていますか	親→毎日・週3~4日・他()・なし・必要なし 子→毎日・週3~4日・他()・なし・必要なし							
11	歯医者を受診したことがありますか	1.ない 2.ある→治療(サホライド塗布含む)・フッ化物塗布 ・その他()							
12	歯のことでききたいことがありますか								
13	フッ化物塗布を希望しますか	1.する 2.しない							

健診医

衛生士

歯の状況

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

フッ化物塗布 1. 済み 2. なし

歯総数	CO	未処置	り患型
			O1/O2 A
処置歯	喪失歯	う歯総	B
			C1
			C2

軟組織異常 1. 無 2. 有

不正咬合 1. 無 2. 有

汚れ 1. きれい 2. 少ない 3. 多い