

(R6)

# 1歳6か月児歯科健診記録

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	1	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が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	歯総数	CO	未処置	り患型
E D C B A	A B C D E				O1
					O2
フッ化物塗布	1.済み 2.なし	処置歯	喪失歯	う歯総	A
					B
					C
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