

(R6)

1 歳児歯科健診記録

実施日 実施場所 子育ての駅「ほのぼの」
 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・女	R	年	月	日生	保育者	昼	母・父・祖父母・園名 ()
								夜	
1	ミルクを飲んでいますか			1 歳	か月	日			1. 飲んでいない (歳 月でやめた) 2. 飲んでいる 1回量 () mL を 1日 () 回
2	母乳を飲んでいますか								1. 飲んでいない (歳 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	生活リズムは整っていますか								起床：() 頃 就寝：() 頃
7	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
8	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								()
9	家ではどんな飲み物を飲んでますか ○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								()
10	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 ()
11	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
12	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 ()
13	歯のことでききたいことがありますか								
14	フッ化物塗布を希望しますか								1. する 2. しない
15	伝い歩きをしますか								1. する 2. しない 3. ひとりで歩く
16	麻しん風しん I 期予防接種はお済みですか								1. 済み 2. 予約済み 3. していない

*保護者は記入不要：15が2のとき パラシュート () 立ち上がり ()

裏面もあります ➡

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					処置歯	喪失歯	う歯総	O A B C
フッ化物塗布 1. 済み 2. なし										
軟組織異常 1. 無 2. 有		咬合異常 1. 無 2. 有					汚れ 1. きれい 2. 少ない 3. 多い			

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。

1 離乳食を何回食べていますか 1日 () 回
 食事内容 ごはん・おかゆ・おじや ※食べるものに○を付ける 1食 () 杯
肉・魚・卵・大豆製品・野菜 ※食べるものに○を付ける

2 食べ物をかみますか かむ・食物によって違う・かまない

3 手づかみ食べをしますか する・しない

4 離乳食で困っていることはありますか ない・ある ()

*ここから下は記入しないでください

栄養指導 (①乳汁量 ②飲料 ③食事内容 ④おやつ ⑤その他 ⑥ 良好)

体 重	身 長	肥満度
kg	cm	%

担当 _____

10 か月児健診未受診者 受けなかった理由:

体 重	身 長	肥満度
kg	cm	%

予防接種 (順調・遅れあり)

- ・ばいばい等、人の真似をしますか はい () か月)・いいえ
- ・人見知りをしましたか はい () か月)・いいえ
- ・指で、小さな物をつかみますか はい () か月)・いいえ
- ・ささやき声に振り向きませんか はい・いいえ

カンファ 否・要

内容.....

分類 発育.....発達.....疾病.....検尿.....栄養.....生活.....育児.....

対応 訪問.....電話.....園での確認.....次回健診.....精密検査票.....紹介.....

担当 地区担当.....業務担当.....こサポ..... 時期.....まで

フォロー結果 実施年月日..... 担当..... 相手.....

方法.....訪問.....電話.....園での確認.....健診.....精密検査票

状況.....

評価.....

指示区分 (総合判定) の選択について

*要治療、要医療となったもの、治療中の者は「要治療」を選択