問診 No.		栄養		ﾌﾞﾗｯｼﾝｸﾞ		ﾌｯｿ		歯科		指導	

(R8)

１歳児歯科健診記録

実施日	同伴者：母・父・祖母・祖父・その他（　　）
実施場所　ゆきぐに健友館 AI	

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（　　）
		１歳　　か月　　日		夜	母・父・祖父母・他（　　）

1	ミルクを飲んでいますか	1. 飲んでいない（　　歳　　か月でやめた） 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　　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	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いますか ○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	歯医者に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

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

歯の状況

歯総数	う歯総	未処置	処置歯	喪失歯	り患型
					O1/O2 A B C1/C2
				C0	

汚れ　1. きれい　2. 少ない　3. 多い

軟組織異常　1. 無　2. 有	**咬合異常**　1. 無　2. 有	**形態・色調異常**　1. 無　2. 有

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

体重	身長	肥満度
kg	cm	%

予防接種（順調・遅れあり）

受けなかった理由：

・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すか　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