(R8)

１歳６か月児歯科健診記録

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 1 歳　か月　日	保育者	昼	母・父・祖父母・園名（　　）
				夜	母・父・祖父母・他（　　）

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	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	（　）	
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（　）	
１２	歯のことできい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

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	**不正咬合** 1. 無　2. 有	**形態・色調異常** 1. 無　2. 有