問診 No.		栄養		ﾌﾞﾗｯｼﾝｸﾞ		ﾌｯｿ		歯科		指導	

(R8)

2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 2 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	３食たべていますか	1. はい　2. 時々欠食する　3. ほとんど毎日欠食する	
	食事に関する困りごとはありませんか	ない　ある（　　）	
	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	１日（　　）回 ※入園している場合は園も含めて	
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	「まんま ちょうだい」、「わんわん きた」などの２語文を話しますか	1. 話す　（話す言葉　　） 2. 話さない（話す言葉　　）	
１６	水痘(水ぼうそう)予防接種はお済みですか	1. 接種回数（０回・１回・２回）　2. かかった	

＊保護者は記入不要：15 が 2 のとき　多（　　）視（　　）

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

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	

フッ化物塗布　1. 済み　2. なし

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

栄養指導

体　重	身　長	肥満度
kg	cm	%

担当

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