

# 歯科健康診査 予診票

( 歳 か月現在)

家族 人 本人 父 母 祖父 祖母 兄( )人( 歳 歳)	出生時
姉( )人( 歳 歳) 弟( )人( 歳 歳) 妹( )人( 歳 歳) その他( )	在胎 週
	体重 g

1. 母乳を飲んでいましたか。  
 いいえ はい( 歳 か月まで) 現在も飲んでいる(昼間・ねる前・夜中)
2. 哺乳びんはいつごろまで使いましたか。  
 使ったことはない 歳 か月まで 現在も使用中  
 (中身 ) (中身 )
3. 1歳までにどんなものをあげましたか。  
 ジュース・乳酸飲料・炭酸飲料・アメ類・ビスケット類・チョコレート

4. 普段の生活時間(起床・昼寝・就寝・食事・おやつ)

6 9 12 15 18 21 24

5. 食事の調理形態はどうですか。  
 柔らかくする 少し柔らかくする 小さくきざむ 大人と同じ

6. 食事の量はごどう思いますか。  
 多い 普通 少ない  
 1回の食事時間はどれくらいですか。( )分位

7. おやつにあげているものはどれですか？  
 ケーキ類・和菓子・菓子パン・クッキー・ビスケット・キャラメル・アメ・ガム・せんべい  
 チョコレート・スナック菓子・アイス類  
 果物類( ) その他( )

8. 水・茶以外の飲み物のあげ方はどうですか。  
 時間を決めて 欲しがる時 あまり飲ませない

どんなものを与えますか。  
 牛乳(そのまま、砂糖を加えて) 1日( )本( cc)  
 ジュース(自家製、天然果汁、野菜ジュース) 1日( )本( cc)  
 炭酸飲料 1日( )本( cc) 乳酸飲料 1日( )本( cc)  
 スポーツ飲料 1日( )本( cc) その他( )

9. 寝る前に何か飲食しますか。 いいえ はい 何を( )

10. 歯みがきをしていますか。  
 みがかない 親のみがみがく 親も子もみがく