

中野区 3歳児 歯科健康診査 受診票(甲) 医療機関控

保護者の方へ 保護者記入欄と右の問診票を記入し、満3歳から4歳の誕生日前日までに受診してください。

保護者記入欄

幼児氏名	フリガナ	男	生年月日
		女	年 月 日 3歳 か月
住所	中野区	丁目	番 号
保護者氏名		日中連絡先	— —

歯科医師から指示があった場合、すこやか福祉センターへご連絡ください。

- 中部すこやか福祉センター Tel.3367-7788
- 南部すこやか福祉センター Tel.3380-5551
- 北部すこやか福祉センター Tel.3388-0240
- 鷲宮すこやか福祉センター Tel.3336-7111

以下診察所見 歯科医師記入欄

歯の状況

上												上
右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E		左
下												下

健全歯 / 要観察歯 Co 未処置歯 C1~C4
 要観察と銀歯 トCo と銀歯 C トC1~C2 喪失歯 Δ 処置歯 O
 脱落歯 脱 その他 (癒合歯 先欠歯 形成不全等)

現在歯	本
健全歯	本
要観察歯	本
未処置歯	本
と銀歯	本
処置歯	本
喪失歯	本
脱落歯	本
その他	本

健診結果

- 問題なし
- 要経過観察()
- 要精密健診() 当院実施 他紹介()
- 要治療() 当院実施 他紹介()
- 要指導() 当院実施 他紹介()
- すこやか福祉センターを紹介
 【保健 栄養 心理 その他()】

指導内容

- 定期健診、予防処置のすすめ
- 治療、精密健診のすすめ
- 生活習慣の指導、食事の指導
- プラークの染出し
- 歯磨き指導(仕上げ磨き)、うがい指導
- フロス指導
- その他()

すこやか福祉センターへの連絡事項

歯科健康診査の結果は以上のとおりです。

【医療機関名 所在地 歯科医師氏名】

年 月 日

医療機関コード

3歳児歯科健康診査 問診票 該当するものに○または記入をお願いします

記入日 年

同居家族	父 母 兄弟 (歳) 姉妹 (歳) 祖父 祖母 他 ()
主な保育者	昼間(母・父・祖母・祖父・他) 保育園等 (園)
	夜間()

- 食欲がありますか。 はい ・ いいえ
- お子さんは嫌いな食べ物がありますか。 いいえ ・ はい (何)
- 甘味食品(アメ・ガム・チョコ・クッキーなど)を食べますか。 いいえ ・ はい → ほぼ毎日・時々
- 甘味飲料(ジュース・乳酸菌飲料・イオン飲料など)を飲みますか。 いいえ ・ はい → ほぼ毎日・時々
- 哺乳びんを使ったり、母乳を飲んだりすることはありますか。 いいえ ・ はい → 哺乳びん・母乳 (いつ:)
- お子さんの昨日の生活時間を記入例を参考に 記入ください。
 ◎起きる・寝る ○食事 △おやつ ×飲み物(牛乳 ミルク 母乳 ジュース イオン飲料等)
 朝 昼 夜
 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8
 夜 夜中
 9 10 11 0 1 2 3 4 5 6
 (昼 記入例)
 12 1 2 3
 入 ○ ◎ ◎ Δ ×
- お口に関する癖がありますか。 いいえ ・ はい ↓
 指しゃぶり おしゃぶり 唇をすう
 歯ぎしり タオルなどをすう その他()
- 歯みがきについて
 ①歯みがきをしていますか。 ① はい ・ いいえ
 毎日磨く 時々磨く (回/週)
 ②だれが磨きますか。 ② 子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをする
 保護者だけで仕上げ磨きをする
 子どもだけが磨く
 ③いつ磨きますか。 ③寝る前 朝食後 昼食後
 おやつの後 その他()
- フッ化物配合歯みがき剤等を使っていますか。 はい ・ いいえ
 →歯みがき剤 ジェル
 フォーム 洗口剤 その他()
- ハブラシ以外に使用しているものがありますか。 はい(毎日 時々) ・ いいえ
 →フロス 糸ようじ
 その他()
- お子さんのかかりつけ歯科医院がありますか。 はい → 歯科医院名
 いいえ
- 歯や口について相談したいことがありますか。 ありましたらお書きください。

中野区 3歳児 歯科健康診査 受診票(甲)

医療機関控



保護者の方へ 保護者記入欄と右の問診票を記入し、満3歳から4歳の誕生日前日までに受診してください。

保護者記入欄

幼児氏名	フリガナ	男	生年月日
		女	年 月 日 3歳 か月
住所	中野区 丁目 番 号		
保護者氏名	日中連絡先	—	—

歯科医師から指示があった場合、すこやか福祉センターへご連絡ください。

- 中部すこやか福祉センター Tel.3367-7788
- 南部すこやか福祉センター Tel.3380-5551
- 北部すこやか福祉センター Tel.3388-0240
- 鷲宮すこやか福祉センター Tel.3336-7111

以下診察所見 歯科医師記入欄

上										上	
右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左
下											下

健全歯 / 要観察歯 Co 未処置歯 C1~C4

要観察と銀歯 Co と銀歯 C C1~C2 喪失歯 Δ 処置歯 O

脱落歯 脱 その他 (癒合歯 先欠歯 形成不全等)

現在歯	本
健全歯	本
要観察歯	本
未処置歯	本
と銀歯	本
処置歯	本
喪失歯	本
脱落歯	本
その他	本

う蝕罹患型	O・A・B・C1・C2
軟組織の異常	なし・有()
咬合の異常	なし・有()
その他の異常	なし・有()
口腔清掃状態	きれい・少ない・多い

健診結果

- 問題なし
- 要経過観察()
- 要精密健診() 当院実施 他紹介()
- 要治療() 当院実施 他紹介()
- 要指導() 当院実施 他紹介()
- すこやか福祉センターを紹介
【保健 栄養 心理 その他()】

指導内容

- 定期健診、予防処置のすすめ
- 治療、精密健診のすすめ
- 生活習慣の指導、食事の指導
- プラークの染出し
- 歯磨き指導(仕上げ磨き)、うがい指導
- フロス指導
- その他()

すこやか福祉センターへの連絡事項

歯科健康診査の結果は以上のとおりです。

【医療機関名 所在地 歯科医師氏名】

年 月 日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--

3歳児歯科健康診査 問診票

該当するものに○または記入をお願いします

資料2

記入日 年

同居家族	父	母	兄弟(歳)	姉妹(歳)	祖父	祖母	他()
主な保育者	昼間(母・父・祖母・祖父・他)			夜間()			
					保育園等 (園)		

1	食欲がありますか。	はい ・ いいえ																																																																												
2	お子さんは嫌いな食べ物がありますか。	いいえ ・ はい (何)																																																																												
3	甘味食品(アメ・ガム・チョコ・クッキーなど)を食べますか。	いいえ ・ はい → ほぼ毎日・時々																																																																												
4	甘味飲料(ジュース・乳酸菌飲料・イオン飲料など)を飲みますか。	いいえ ・ はい → ほぼ毎日・時々																																																																												
5	哺乳びんを使ったり、母乳を飲んだりすることはありますか。	いいえ ・ はい → 哺乳びん・母乳 (いつ:)																																																																												
6	お子さんの昨日の生活時間を 記入例を参考に ご記入ください。 ◎起きる・寝る ○食事 △おやつ ×飲み物(牛乳 ミルク 母乳 ジュース イオン飲料等)	<table border="1"> <tr> <td>朝</td> <td colspan="12"> </td> <td>夜</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>夜</td> <td colspan="12"> </td> <td>夜中</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	朝													夜		6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	夜													夜中		9	10	11	0	1	2	3	4	5	6																					
朝													夜																																																																	
	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8																																																															
夜													夜中																																																																	
	9	10	11	0	1	2	3	4	5	6																																																																				
7	お口に関する癖がありますか。	いいえ ・ はい ↓ 指しゃぶり おしゃぶり 唇をすう 歯ぎしり タオルなどをすう その他()																																																																												
8	歯みがきについて ①歯みがきをしていますか。 ②だれが磨きますか。 ③いつ磨きますか	<p>① はい ・ いいえ 毎日磨く 時々磨く (回/週)</p> <p>② 子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをする 保護者だけで仕上げ磨きをする 子どもだけが磨く</p> <p>③ 寝る前 朝食後 昼食後 おやつの後 その他()</p>																																																																												
9	フッ化物配合歯みがき剤等を使っていますか。	はい ・ いいえ →歯みがき剤 ジェル フォーム 洗口剤 その他()																																																																												
10	ハブラシ以外に使用しているものがありますか。	はい(毎日 時々) ・ いいえ →フロス 糸ようじ その他()																																																																												
11	お子さんのかかりつけ歯科医院がありますか。	はい → (歯科医院名) いいえ																																																																												
12	歯や口について相談したいことがありますか。	ありましたらお書きください。																																																																												