

保護者の方へ 保護者記入欄と右の問診票を記入し、満1歳6か月から2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 女	生年月日 年 月 日 1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 Tel3367-7788 ☐ 南部すこやか福祉センター Tel3380-5551
☐ 北部すこやか福祉センター Tel3388-0240 ☐ 鷺宮すこやか福祉センター Tel3336-7111

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
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
その他		本
ブラックスコア		

健診結果

1. 問題なし
2. 要経過観察 () について)
3. 精密健診 () について)
4. 要治療 当院で行う・他医療機関紹介 ()
5. 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
☐ 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。 年 月 日
【医療機関名 所在地 歯科医師氏名】

医療機関コード

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

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)	
1	今までに大きな病気・手術・けが等をしましたか。 いいえ はい ()
2	食欲がありますか。 よく食べる まあまあ食べる あまり食べない
3	母乳を飲んでいますか。 いいえ はい (1日 回)
4	哺乳びんを使っていますか。 いいえ はい (1日 回)
5	母乳をあげたり、哺乳びんを使う理由はなんですか。 欲しがる 寝るときや夜間に飲む 栄養が心配 自然にとれるまでよい その他 ()
6	ふだんよく飲む物はなんですか。 水 お茶 牛乳 粉ミルク 他 ()
7	右記のような甘い物を週5日以上飲むことがありますか。 いいえ はい 乳酸菌飲料 ジュース イオン飲料 他 ()
8	右記のような甘い菓子類を週5日以上食べることがありますか。 いいえ はい アメ ソフトキャンディ グミ ガム チョコ ラムネ ウエハース クッキー
9	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) 朝 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 夜 9 10 11 0 1 2 3 4 5 6 昼 12 1 2 3 例 ○ ◎ ◎ Δ×
10	保護者が仕上げ磨きをしていますか。 はい (毎日 時々) いいえ →①子どもが真似をした後、保護者が磨く ②保護者だけで仕上げ磨きをする
11	お子さんの歯磨きで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 →歯磨き剤 フッ素スプレー フッ素ジェル 糸ようじ デンタルフロス 他 ()
12	口に関するくせはありますか。 いいえ はい 指しゃぶり おしゃぶり 唇をすう はぎしり タオルなどをすう 他 ()
13	口の健康のためにこころがけていることがありますか。 はい→ いいえ
14	歯や口について相談したいことがありますでしたらお書きください。