



# 1歳6か月児歯科健診アンケート（記入してお持ちください）

フリガナ 児の氏名	(第 子) (男・女)	令和	年	月	日生
住 所	綾瀬市	電話 ( )			

\* お子さんのこれまでの状況についておたずねします

1 歩き始めはいつでしたか ( ) か月)

2 言葉が出始めたのはいつ頃ですか ( ) か月)

3 何か病気をしましたか はい・いいえ  
(病名 )

4 次の感染症にかかりましたか (風疹・水痘・百日咳・おたふく・麻疹)

5 医療機関に受診した事故はありますか (転倒・打撲・切り傷・誤飲・溺水・交通事故)

\* お子さんの一日の生活リズムを記入してください

	~ 2 4	6	1 2	1 8	2 4 ~
・寝ている時間	△				
・食事	○				
・おやつ	×				

\* 該当するところに○印をつけてください

1 一人で上手に歩きますか はい・いいえ

2 鉛筆などをもってなぐり書きをしますか はい・いいえ

3 遊びについて

- ・ 誰と遊ぶことが多いですか (母親・父親・兄弟姉妹・友達・祖父母・その他)
- ・ どこで遊ぶことが多いですか (家の中・家のまわり・公園・友達の家・その他)
- ・ テレビやビデオを見ますか はい ( 時間/日)・いいえ

4 パパ、ママ、ブーブーなどの意味のある言葉を話しますか はい・いいえ  
他に言える言葉は ( )

5 「ワンワンどれ？」で絵本を指さしますか はい・いいえ

6 ささやき声で呼びかけても振り向きますか はい・いいえ

7 お母さんは子どもと一緒にいて楽しいことはありますか  
はい ( )・いいえ

8 育児の手伝いをしてくれる人がいますか  
いる (夫・夫方父母・妻方父母・その他)・いない

9 たばこについて

- ・ 母親 (吸う・吸わない・やめた)
- ・ 家族 (吸う・吸わない)

10 その他、何か気になることや相談したいことがありますか はい・いいえ  
( )

(裏面もあります。記載してください)

保健師サイン ( )

## Questionnaire on Dental and Diet Checkup for 18-Month-Old Child

(Please fill out and bring it to the checkup.)

1	Do you have any concerns about your child's eating habit? (Please circle all that apply.)	1 Small appetite 2 Keeping food in his/her mouth 3 Uneven eating 4 Not willing to eat by himself/herself 5 Picky eating 6 Taking time (more than 30 minutes) 7 Others 8 Nothing	
2	Do you give snacks to your child at fixed time?	1 Any time he/she wants 2 At fixed time: ( ) times/day 3 Hardly	
3	Does your child have the following kinds of snacks?	Candies / Caramel candies	1 Almost every day: ( ) times/day 2 Sometimes: ( ) days/week 3 Hardly
		Chocolates	1 Almost every day: ( ) times/day 2 Sometimes: ( ) days/week 3 Hardly
		Gums	1 Almost every day: ( ) times/day 2 Sometimes: ( ) days/week 3 Hardly
		Ice creams	1 Almost every day: ( ) times/day 2 Sometimes: ( ) days/week 3 Hardly
4	As for the frequency of your child's having the following snacks, please put ○ in case he/she has them 1 or 2 times/week, and ⊙ in case he/she has them more than 3 times/week.	1 Gummy candy 2 Ramune candy 3 Anko (sweet red beans paste) 4 Pudding 5 Castella 6 Sweetened yogurt 7 Unsweetened yogurt 8 Cookies 9 Snacks 10 Sweet bun / Cake 11 Rice cracker 12 Fruit 13 Potatoes 14 Others ( )	
5	Does your child drink the following beverages?	Milk (Daytime / Before going to bed / nighttime)	1 Not much (Allergy / Dislike) 2 Yes ( ) times/day ( ) ml in total
		Lactic acid beverage Name of drink ( )	1 Almost everyday ( ) times/day 2 Sometimes ( ) days/week 3 Hardly
		Juice / Carbonated drink ( ) % fruit juice	1 Almost everyday ( ) times/day 2 Sometimes ( ) days/week 3 Hardly
		Sports drink / Ionic drink Name of product ( )	1 Almost everyday ( ) times/day 2 Sometimes ( ) days/week 3 Hardly
6	What kind of beverages does your child drink other than the above? (Please circle all that apply.)	1 Water 2 Coffee / Tea 3 Barley tea (sweetened) 4 Barley tea (unsweetened) 5 Soy milk 6 others ( )	
7	Do you do follow-up brushing after your child brushes his/her teeth?	1 No 2 Sometimes ( ) days/week 3 Yes, everyday	
8	Does your child dislike brushing his/her teeth?	1 Dislike very much 2 Dislike a little 3 Not dislike	
9	Do you currently breast-feed your child?	1 Yes ( ) times/day 2 No	
11	Do you bottle-feed your child?	1 Yes 2 No	
12	Does your child suck his/her fingers?	1 Yes 2 No	

## 1歳6か月児健診歯科・栄養アンケート（記入してお持ちください）

1 食事について次のような心配事がありますか (あればいくつでも)	1 小食      4 いつまでも口に含んでいる      7 その他 2 むら食い      5 自分で食べようとしない      (      ) 3 偏食      6 時間がかかる (30分以上)      8 なし
2 おやつを与えるときは、時間を決めて与えていますか	1 欲しがるとき 2 決めた時間に：1日 (      ) 回      3 ほとんど与えない
3 次のお菓子を食べますか	アメ・キャラメル類 1 ほぼ毎日：1日 (      ) 回 2 時々：週 (      ) 日      3 ほとんど食べない
	チョコレート類 1 ほぼ毎日：1日 (      ) 回 2 時々：週 (      ) 日      3 ほとんど食べない
	ガム類 1 ほぼ毎日：1日 (      ) 回 2 時々：週 (      ) 日      3 ほとんど食べない
	アイス類 1 ほぼ毎日：1日 (      ) 回 2 時々：週 (      ) 日      3 ほとんど食べない
4 次のもので週1～2回食べるものには○を週3回以上食べるものには◎をつけてください	1 グミキャンデー      6 加糖ヨーグルト      11 せんべい 2 ラムネ菓子      7 無糖ヨーグルト      12 果物 3 あんこ類      8 クッキー類      13 イモ類 4 プリン      9 スナック菓子      14 その他 (      ) 5 カステラ      10 菓子パン・ケーキ
5 次の飲み物をのみますか	牛乳 (昼間・寝る前・夜間) 1 あまり飲まない      2 飲む (アレルギー・きらい)      1日 (      ) 回合計 (      ) ml
	乳酸飲料 品名 (      ) 1 ほぼ毎日      2 時々      3 ほとんど飲まない 1日 (      ) 回      週 (      ) 日
	ジュース・炭酸飲料水 果汁 (      ) % 1 ほぼ毎日      2 時々      3 ほとんど飲まない 1日 (      ) 回      週 (      ) 日
	スポーツ飲料・イオン飲料 品名 (      ) 1 ほぼ毎日      2 時々      3 ほとんど飲まない 1日 (      ) 回      週 (      ) 日
6 その他、どんな飲み物を飲みますか (あればいくつでも)	1 水      4 麦茶 (無糖) 2 コーヒー・紅茶      5 豆乳 3 麦茶 (加糖)      6 その他 (      )
7 親が子供に対して(仕上げ)歯みがきをしていますか	1 していない      2 時々      3 毎日 週 (      ) 日
8 歯みがきはいやがりますか	1 とてもいやがる      2 少しいやがる      3 いやがらない
9 母乳は飲んでいますか	1 飲んでいる (      回/日)      2 飲んでいない
10 哺乳ビンは使っていますか	1 使っている      2 使っていない
11 指しゃぶりしますか	1 する      2 しない