

Cuestionario para la revisión dental para niños de un año 6 meses (tráigalo contestado.)

| | | | | |
|--|--|---|--------------------------|----------------|
| Cómo se lee Nombre del niño(a) | (Primer/Segundo/Tercer hijo(a)) (Hombre/Mujer) | Nacido(a) el día | de | del |
| Dirección | Ciudad de Ayase | Teléfono | (|) |
| * Voy a hacer preguntas sobre la situación de su hijo(a) hasta la fecha. | | | | |
| 1 | ¿Cuándo empezó a caminar? | (A los | meses) | |
| 2 | ¿Cuándo empezó a hablar? | (A los | meses) | |
| 3 | ¿Ha sufrido alguna enfermedad? | Sí/ No | (Nombre de la enfermedad |) |
| 4 | ¿Ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades infecciosas? | (Rubeola/ varicela/ tos ferina/ paperas/ sarampión) | | |
| 5 | ¿Ha sufrido algún accidente que ameritó atención en un establecimiento médico? | (Caída/ golpe/ herida/ ingestión de objeto extraño/ ahogamiento/ accidente de tránsito) | | |
| *Marque el ritmo de vida de su hijo(a) en un día típico. | | | | |
| | •Durmiendo | △ | ~24 | 6 |
| | •Comida | ○ | | 12 |
| | •Merienda | × | | 18 |
| | | | | 24~ |
| *Marque la respuesta correspondiente con un ○. | | | | |
| 1 | ¿Camina bien solo? | | Sí/ No | |
| 2 | ¿Escribe algo con un lápiz? | | Sí/ No | |
| 3 | Cómo juega el bebé | | | |
| | - ¿Con quién juega usualmente? | (Madre/ padre/ hermanos/ amigos/abuelos/ otros) | | |
| | - ¿Dónde juega usualmente? | (Dentro de la casa/ alrededor de la casa/parque/ casa de un amigo/ otros) | | |
| | - ¿Mira televisión o video? | | Sí (| horas/día)/ No |
| 4 | ¿Dice algunas palabras con significado como papá, mamá, brrr, etc.? | | | Sí/ No |
| | ¿Cuáles son otras palabras que sabe balbucear? (| |) | |
| 5 | Al preguntar “¿Cuál es el guau guau?”, ¿indica el libro ilustrado con un dedo? | | | Sí/ No |
| 6 | ¿Gira la cabeza para ver, aunque lo llame en voz muy bajita? | | | Sí/ No |
| 7 | ¿La madre disfruta de la compañía de su hijo(a)? | Sí (|) | No |
| 8 | ¿Hay alguien que ayude el cuidado del hijo(a)? | Sí (esposo/ padres paternos/ padres maternos/ otros)/ No | | |
| 9 | Acerca del hábito de fumar | | | |
| | - Madre (Fuma/ no fuma/ dejó) | - Familia (Fuma/ no fuma) | | |
| 10 | Escriba si tiene alguna inquietud o consulta. | | (|) |

(Hay más preguntas en el reverso. Responda por favor.)

Firma de enfermero(a) de salud pública ()

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 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>* お子さんのこれまでの状況についておたずねします</p> <p>1 歩き始めはいつでしたか () 月</p> <p>2 言葉が出始めたのはいつ頃ですか () 月</p> <p>3 何か病気をしましたか はい・いいえ (病名)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>* お子さんの一日の生活リズムを記入してください</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">~ 2 4</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">6</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1 2</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">1 8</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">2 4 ~</td> </tr> <tr> <td>・寝ている時間</td> <td style="text-align: center;">△</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>・食事</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>・おやつ</td> <td style="text-align: center;">×</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | ~ 2 4 | 6 | 1 2 | 1 8 | 2 4 ~ | ・寝ている時間 | △ | | | | | | ・食事 | ○ | | | | | | ・おやつ | × | | | | | |
| | | ~ 2 4 | 6 | 1 2 | 1 8 | 2 4 ~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・寝ている時間 | △ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・食事 | ○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ・おやつ | × | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>* 該当するところに○印をつけてください</p> <p>1 一人で上手に歩きますか はい・いいえ</p> <p>2 鉛筆などをもってなぐり書きをしますか はい・いいえ</p> <p>3 遊びについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 <p>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 ()</p> <p>5 「ワンワンどれ？」で絵本を指さしますか はい・いいえ</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>9 たばこについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 母親 (吸う・吸わない・やめた) ・ 家族 (吸う・吸わない) <p>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</p> <p>()</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(裏面もあります。記載してください)

保健師サイン ()

Cuestionario para la revisión dental y nutricional para niños de un año 6 meses (tráigalo contestado.)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|
| 1 ¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones sobre su alimentación? (Marque todas las respuestas si corresponden.) | 1 Come poco 2 Acumula la comida en la boca sin querer tragar 3 Apetito variable 4 No quiere comer solo 5 Selectivo con la comida 6 Tarda mucho tiempo (más de 30 minutos) 7 Otros 8 Ninguna | | | | | | | | | | | | |
| 2 Al ofrecer merienda, ¿le da a la hora establecida? | 1 Le doy cuando desea 2 A la hora establecida: () veces al día 3 Casi no le doy | | | | | | | | | | | | |
| 3 ¿Consume los siguientes dulces? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Caramelos</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Chocolates</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Chicles</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Helados</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume</td> </tr> </table> | Caramelos | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | Chocolates | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | Chicles | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | Helados | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | | | | |
| Caramelos | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | | | | | | | | | | | | |
| Chocolates | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | | | | | | | | | | | | |
| Chicles | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | | | | | | | | | | | | |
| Helados | 1 Casi diario: () veces al día 2 A veces: () veces a la semana 3 Casi no consume | | | | | | | | | | | | |
| 4 Marque con un ○ los siguientes dulces que consume 1-2 veces a la semana y con un ⊙ los que consume más de 3 veces a la semana. | 1 Gomitas 2 Caramelos <i>ramune</i> (tabletas comprimidas) 3 Frijoles dulces 4 Flan 5 Castella 6 Yogurt con azúcar 7 Yogurt sin azúcar 8 Galletas 9 Boquitas 10 Pan dulce, pastel 11 <i>Senbei</i> (galleta salada) 12 Frutas 13 Tubérculos y raíces 14 Otros () | | | | | | | | | | | | |
| 5 ¿Consume las siguientes bebidas? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">Leche de vaca (Durante el día/ antes de dormir/ en la noche)</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi no consume (Tiene alergia/ No le gusta)</td> <td style="padding: 5px;">2 Consume () veces al día, en un total de () ml</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bebida probiótica Nombre del producto ()</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario () veces al día</td> <td style="padding: 5px;">2 A veces () veces a la semana</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Jugo/ agua carbonatada, con () % de jugo natural</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario () veces al día</td> <td style="padding: 5px;">2 A veces () veces a la semana</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bebida deportiva/ bebida electrolítica Nombre del producto ()</td> <td style="padding: 5px;">1 Casi diario () veces al día</td> <td style="padding: 5px;">2 A veces () veces a la semana</td> </tr> </table> | Leche de vaca (Durante el día/ antes de dormir/ en la noche) | 1 Casi no consume (Tiene alergia/ No le gusta) | 2 Consume () veces al día, en un total de () ml | Bebida probiótica Nombre del producto () | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana | Jugo/ agua carbonatada, con () % de jugo natural | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana | Bebida deportiva/ bebida electrolítica Nombre del producto () | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana |
| Leche de vaca (Durante el día/ antes de dormir/ en la noche) | 1 Casi no consume (Tiene alergia/ No le gusta) | 2 Consume () veces al día, en un total de () ml | | | | | | | | | | | |
| Bebida probiótica Nombre del producto () | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana | | | | | | | | | | | |
| Jugo/ agua carbonatada, con () % de jugo natural | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana | | | | | | | | | | | |
| Bebida deportiva/ bebida electrolítica Nombre del producto () | 1 Casi diario () veces al día | 2 A veces () veces a la semana | | | | | | | | | | | |
| 6 ¿Cuáles son otras bebidas que consume? (Marque todas las respuestas si corresponden.) | 1 Agua 2 Café/ té 3 Té de cebada (con azúcar) | 4 Té de cebada (sin azúcar) 5 Leche de soya 6 Otros () | | | | | | | | | | | |
| 7 ¿Un adulto cepilla los dientes del hijo(a) (al final)? | 1 No 2 A veces () veces a la semana | 3 Diario | | | | | | | | | | | |
| 8 ¿No le gusta cepillar los dientes? | 1 Lo detesta 2 No le gusta mucho | 3 No le molesta | | | | | | | | | | | |
| 9 ¿Consume leche materna? | 1 Consume (veces/día) | 2 No consume | | | | | | | | | | | |
| 10 ¿Utiliza el biberón? | 1 Usa | 2 No usa | | | | | | | | | | | |
| 11 ¿Chupa los dedos? | 1 Chupa | 2 No chupa | | | | | | | | | | | |

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 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; padding: 5px;">アメ・キャラメル類</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">チョコレート類</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ガム類</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">アイス類</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日：1日()回 2 時々：週()日 3 ほとんど食べない</td> </tr> </table> | 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 | | | | | | | | | | |
| 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 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 グミキャンデー</td> <td style="width: 33%;">6 加糖ヨーグルト</td> <td style="width: 33%;">11 せんべい</td> </tr> <tr> <td>2 ラムネ菓子</td> <td>7 無糖ヨーグルト</td> <td>12 果物</td> </tr> <tr> <td>3 あんこ類</td> <td>8 クッキー類</td> <td>13 イモ類</td> </tr> <tr> <td>4 プリン</td> <td>9 スナック菓子</td> <td>14 その他</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 カステラ</td> <td>10 菓子パン・ケーキ</td> <td></td> </tr> </table> | 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 | |
| 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 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 45%; padding: 5px;">牛乳 (昼間・寝る前・夜間)</td> <td style="padding: 5px;">1 あまり飲まない (アレルギー・きらい)</td> <td style="padding: 5px;">2 飲む 1日()回合計()ml</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">乳酸飲料 品名()</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日 1日()回</td> <td style="padding: 5px;">2 時々 週()日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">ジュース・炭酸飲料水 果汁()%</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日 1日()回</td> <td style="padding: 5px;">2 時々 週()日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">スポーツ飲料・イオン飲料 品名()</td> <td style="padding: 5px;">1 ほぼ毎日 1日()回</td> <td style="padding: 5px;">2 時々 週()日</td> </tr> </table> | 牛乳 (昼間・寝る前・夜間) | 1 あまり飲まない (アレルギー・きらい) | 2 飲む 1日()回合計()ml | 乳酸飲料 品名() | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 週()日 | ジュース・炭酸飲料水 果汁()% | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 週()日 | スポーツ飲料・イオン飲料 品名() | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 週()日 | | | | | | |
| 牛乳 (昼間・寝る前・夜間) | 1 あまり飲まない (アレルギー・きらい) | 2 飲む 1日()回合計()ml | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乳酸飲料 品名() | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 週()日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ジュース・炭酸飲料水 果汁()% | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 週()日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| スポーツ飲料・イオン飲料 品名() | 1 ほぼ毎日 1日()回 | 2 時々 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) | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 水</td> <td style="width: 50%;">4 麦茶(無糖)</td> </tr> <tr> <td>2 コーヒー・紅茶</td> <td>5 豆乳</td> </tr> <tr> <td>3 麦茶(加糖)</td> <td>6 その他()</td> </tr> </table> | 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() | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |