

**Questionário – Exame de Saúde Dentária para crianças de 1 ano e 6 meses
(trazer preenchido)**

Leitura em Kana Nome da criança	(Ordem de nascimento da criança____) (M/F)	Data de Nascimento ano mês ano
Endereço	Cidade de Ayase,	Telefone ()
*Perguntas sobre as condições da criança até o momento.		
1	Quando começou a andar?	(meses)
2	Quando começou a falar?	(meses)
3	Alguma vez já ficou doente?	Sim / Não (Diagnóstico)
4	Já teve alguma das seguintes doenças infecciosas?	(rubéola, catapora, coqueluche, caxumba, sarampo)
5	Alguma vez foi ao hospital devido a algum acidente?	(quedas, hematomas, cortes, ingestão acidental, afogamentos, acidentes de trânsito)
*Descrever o ritmo diário da criança		
		~24 6 12 18 24~
- horários de sono	△	
- refeições	○	
- lanches	×	
*Marcar com ○ a resposta correspondente		
1	Consegue andar bem sem ajuda?	Sim / Não
2	Consegue segurar lápis e rabiscar?	Sim / Não
3	Sobre brincar	
	• Com quem costuma brincar?	(mãe / pai / irmãos(ãs) / amigos(as) / avôs(avós) / outros)
	• Onde costuma brincar?	(dentro de casa / ao redor da casa / no parque / na casa de amigos / outros)
	• Assite TV ou vídeo?	Sim (____ horas/dia) / Não
4	Consegue falar algo com significado como mama, papa, bubu, etc.?	Sim / Não
	Qual outras palavras que consegue falar? ()	
5	Consegue apontar nos livros infantis? Ex: “Qual é o au au?”	Sim / Não
6	A criança vira para o seu lado mesmo com sussurros?	Sim / Não
7	A mãe tem momentos de alegria estando com a criança? Em quais momentos?	Sim () / Não
8	Tem alguém para ajudar a cuidar da criança?	Sim (marido, avô/avó por parte do marido, avô/avó por parte da esposa, outros) / Não
9	Sobre cigarros	
	- Mãe (fuma / não fuma / parou de fumar)	- Família (fuma / não fuma)
10	Outros - Tem alguma preocupação que queira consultar?	()

(Preencher também o verso)

Assinatura - Assistente de Saúde 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 ()			

* 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 医療機関を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)
- ・ テレビやビデオをみますか 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せんか 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 ()

Questionário - Exame dentário/nutricional de crianças de 1 ano e 6 meses
(trazer preenchido)

1 Tem preocupações sobre alimentação? (possível múltiplas escolhas)		1 Come pouco. 2 Deixa o alimento dentro da boca por longo tempo. 3 Às vezes come e outra vezes não. 4 Não tenta comer sozinho. 5 Escolhe muito a comida. 6 Leva muito tempo para comer (mais de 30 minutos). 7 Outros 8 Não tenho nenhuma preocupação.
2 Como costuma dar lanches? Tem horários definidos?		1 Sempre que pede. 2 Em horários definidos: () vezes / dia 3 Quase não há critério de horário.
3 Come os seguintes doces?	Balas, caramelos	1 Quase todos os dias: () vezes/dia 2 Às vezes: () dias/semana 3 Quase não chupa.
	Chocolates	1 Quase todos os dias: () vezes/dia 2 Às vezes: () dias/semana 3 Quase não come.
	Chicletes	1 Quase todos os dias: () vezes/dia 2 Às vezes: () dias/semana 3 Quase não mastiga.
	Sorvetes	1 Quase todos os dias: () vezes/dia 2 às vezes: () dias/semana 3 Quase não come.
4 Marque <input type="radio"/> para os alimentos que come 1 a 2 vezes por semana e <input type="radio"/> para os alimentos que come 3 vezes ou mais.		1 Bala de goma 2 Doces em tablete (Ramune Gashi) 3 Pasta de Azuki (grão vermelho) 4 Pudim 5 Bolos 6 Yogurt com açúcar 7 Yogurt sem açúcar 8 Biscoitos 9 Salgadinhos (biscoitos) 10 Pães doces e bolos 11 Biscoito de arroz (sembei) 12 Frutas 13 Batatas 14 Outros ()
5 Toma as seguintes bebidas?	Leite (durante o dia / antes de dormir / durante a noite)	1 Não toma muito (tem alergia/não gosta) 2 Toma () vezes/ dia Total () ml
	Bebida com ácido láctico Nome do produto ()	1 Quase todos os dias () vezes/dia 2 Às vezes () dias por semana 3 Quase não toma
	Suco/água gaseificada/ Suco de fruta () %	1 Quase todos os dias () vezes/dia 2 Às vezes () dias por semana 3 Quase não toma
	Bebidas esportivas / bebidas iônicas Nome do produto ()	1 Quase todos os dias () vezes/dia 2 Às vezes () dias por semana 3 Quase não toma
6 Quais as outras bebidas que a criança toma? (possível múltiplas escolhas)		1 Água 4 Chá de cevada (sem açúcar) 2 Café, chá preto 5 Leite de soja 3 Chá de cevada (com açúcar) 6 Outros ()
7 Os pais escovam os dentes da criança (finalizam)?		1 Sim 2 Às vezes () dias/semana 3 Todos os dias
8 Não gosta de escovar dentes?		1 Detesta 2 Não gosta um pouco 3 Gosta
9 Toma leite materno?		1 Sim () vezes/dia 2 Não
10 Está usando mamadeira?		1 Sim 2 Não
11 Chupa o dedo?		1 Sim 2 Não

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																		