

Khảo sát khám răng miệng cho trẻ 1 tuổi rưỡi (Vui lòng điền thông tin và cảm theo)

Họ tên Furigana của trẻ	(Con thứ) (Nam/Nữ)	Sinh ngày	tháng	năm		
Địa chỉ	Thành phố Ayase	SĐT	()			
*Khảo sát tình trạng của bé từ trước tới giờ						
1	Bé bắt đầu biết đi từ khi nào?	(tháng	tuổi)		
2	Bé biết nói từ khi nào?	(tháng	tuổi)		
3	Bé có từng bị ốm không?	Có/Không				
4	Bé đã từng mắc các bệnh truyền nhiễm nào sau đây không?	(Tên bệnh) (Rubella/Thuỷ đậu/Ho gà/Quai bị/Sởi)				
5	Bé từng bị tai nạn và phải đến khám tại cơ sở y tế chưa?	(Ngã/Bầm tím/Bị thương/Nuốt phải dị vật/Đuối nước/Tai nạn giao thông)				
*Hãy ghi nếp sinh hoạt hàng ngày của bé						
		~24	6	12	18	24~
•Giờ ngủ	△					
•Bữa ăn	○					
•Bữa phụ	×					
*Khoanh O vào các mục thích hợp						
1	Bé có tự đi một mình tốt không?			Có/Không		
2	Bé có cầm bút chì... rồi vẽ nguệch ngoạc không?			Có/Không		
3	Về việc chơi của bé					
	• Bé thường hay chơi cùng ai?	(Mẹ/Bố/Anh chị em/Bạn bè/Ông bà/Người khác)				
	• Bé thường hay chơi ở đâu?	(Trong nhà/Quanh nhà/Công viên/Nhà của bạn bè/Chỗ khác)				
	• Bé có xem TV hoặc video không?			Có (tiếng/ngày)/Không		
4	Bé có biết nói một số từ có nghĩa như “bố”, “mẹ”, “bíp bíp” v.v. không?			Có/Không		
	Những từ khác mà bé có thể nói ()					
5	Bé có chỉ vào tranh khi được hỏi “Con chó đâu” không?			Có/Không		
6	Khi bạn thì thầm gọi bé thì bé có quay lại về phía bạn không?			Có/Không		
7	Bạn có vui vẻ khi có con bên cạnh không?			Có ()/Không		
8	Có ai giúp đỡ bạn chăm sóc bé không?			Có (Chồng/Bố mẹ chồng/Bố mẹ đẻ/Người khác)/Không		
9	Về việc hút thuốc					
	• Mẹ (Hút/Không hút/Đã bỏ)			• Gia đình (Hút/Không hút)		
10	Ngoài ra, có điều gì khác mà bạn thấy lo lắng hoặc muốn được tư vấn không?			()		

(Có cả mặt sau, hãy điền cả mặt sau)

Chữ ký nhân viên chăm sóc sức khỏe cộng đồng ()

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	() 月
2 言葉が出始めたのはいつ頃ですか	() 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	
・寝ている時間 △	~ 2 4 6 1 2 1 8 2 4 ~
・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 ()

Khảo sát khám sức khỏe răng/dinh dưỡng của trẻ 1 tuổi rưỡi
(Vui lòng điền thông tin và cảm theo)

1 Bạn có bất kỳ mối lo ngại nào sau đây về việc ăn uống của bé không? (Bao nhiêu cũng được)		1 Ăn ít 2 Hay ngậm trong mồm 3 Ăn không đều 4 Không tự ăn 5 Ăn không cân đối 6 Ăn lâu (Trên 30 phút) 7 Khác 8 Không
2 Bạn có ấn định thời gian cho bé ăn vặt không?		1 Khi muốn ăn 2 Ấn định thời gian: 1 ngày () lần 3 Hầu như không cho ăn vặt
3 Bé có ăn các loại bánh kẹo sau không?	Các loại kẹo/Caramen	1 Hàng ngày: 1 ngày () lần 2 Thỉnh thoảng: Tuần() ngày 3 Hầu như không ăn
	Các loại Sô cô la	1 Hàng ngày: 1 ngày () lần 2 Thỉnh thoảng: Tuần() ngày 3 Hầu như không ăn
	Các loại kẹo dẻo	1 Hàng ngày: 1 ngày () lần 2 Thỉnh thoảng: Tuần() ngày 3 Hầu như không ăn
	Các loại kem	1 Hàng ngày: 1 ngày () lần 2 Thỉnh thoảng: Tuần() ngày 3 Hầu như không ăn
4 Khoanh ○ với những mục 1 tuần ăn 1-2 lần, khoanh ⊙ với những thứ ăn trên 3 lần/tuần		1 Kẹo dẻo 2 Kẹo Ramune 3 Các loại đậu đỏ 4 Caramen 5 Castella 6 Sữa chua có đường 7 Sữa chua không đường 8 Các loại bánh qui 9 Bim bim 10 Bánh mì ngọt/Bánh ngọt 11 Bánh gạo 12 Hoa quả 13 Các loại khoai 14 Khác ()
5 Bé có uống những đồ sau không?	Sữa (Ban ngày/Trước khi ngủ/Đêm)	1 Không uống lắm (Dị ứng/Ghét) 2 Có uống 1 ngày () lần Tổng () ml
	Đồ uống từ sữa Tên đồ uống ()	1 Hầu như hàng ngày 1 ngày () lần 2 Thi thoảng Tuần () ngày 3 Hầu như không uống
	Nước ép/Đồ uống có ga Nước ép () %	1 Hầu như hàng ngày 1 ngày () lần 2 Thi thoảng Tuần () ngày 3 Hầu như không uống
	Đồ uống thể thao/Thức uống điện giải Loại đồ uống ()	1 Hầu như hàng ngày 1 ngày () lần 2 Thi thoảng Tuần () ngày 3 Hầu như không uống
6 Ngoài ra, bé còn uống loại đồ uống nào? (Nếu có thì chọn bao nhiêu cũng được)		1 Nước 2 Cà phê/Trà 3 Trà lúa mạch (Có đường) 4 Trà lúa mạch (Không đường) 5 Sữa đậu nành 6 Khác ()
7 Bố mẹ có giúp bé đánh răng (chải răng cho bé) không?		1 Không 2 Thi thoảng Tuần () ngày 3 Hàng ngày
8 Bé có ghét đánh răng không?		1 Rất ghét 2 Hơi ghét 3 Không ghét
9 Bé có bú sữa mẹ không		1 Có (lần/ngày) 2 Không
10 Bé có bú bình không?		1 Có 2 Không
11 Bé có mút tay không?		1 Có 2 Không

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																		