
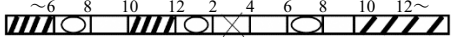
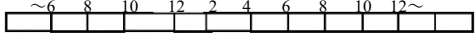


Ayase City Questionnaire on Dental Checkup for 2-Year-Old Child

Kana reading		Date of Birth: (Year) (Month) (Day)
Name:		
Address:	Ayase-shi	Phone Number:

This is for medical examination and health guidance for your child. Please circle the applicable one and specify in ().

1. Please describe your child's life-style below.		(for example)
- Sleeping hours 		
- Meals <input type="radio"/> - Snacks <input checked="" type="checkbox"/>		
2. Do you have any concerns about your child's diet or eating habit?		- Yes (Small appetite / Uneven eating / Picky eating / Not willing to eat buy himself/herself / Keeping food in his/her mouth / Taking time) - No
3. Do you give snacks to your child at fixed time?		- Any time he/she wants: () times - At fixed time: () times/day - Hardly
4. Does your child have the following kinds of snacks?	Candy / Ramune candy / Gummy candy / Chocolate / Cookie	- Almost every day: () times/day - Sometimes: () days/week - Hardly
	Cake / Traditional Japanese sweets	- Almost every day: () times/day - Sometimes: () days/week - Hardly
5. What kind of beverages does your child often drink? (Please circle all that apply.)		- Barley tea - Water - Soy milk - Hot Chocolate - Carbonated drink - Others ()
6. Does your child drink the following beverages?	Milk (Daytime / Before going to bed / nighttime)	- Not much (Allergy / Dislike) - Yes: () ml × () times/day
	Lactic acid beverage / Juice / Vegetable juice	- Almost every day: () ml × () times/day - Sometimes: () times/week - Hardly
	Sports drink / Ionic drink / Flavored water	- Almost every day: () ml × () times/day - Sometimes: () times/week - Hardly
7. Do you do follow-up brushing after your child brushes his/her teeth every day?		- Yes (Morning / Afternoon / Evening) - Sometimes: () times/week - No
8. How is your child's attitude toward toothbrushing (follow-up brushing)?		- Have it well - Manage to have it - Act up and never have it
9. Is your child able to gargle?		- Yes - No
10. Do you breast-feed or bottle-feed your child?		- Yes - No
11. Does your child suck his/her fingers (or pacifier)?		- Yes - No
12. Do you have any concerns about the result of the past checkups?		- Yes (Please specify:) - No - Not received checkups
13. Do you have any concerns about your child's physique such as weight?		- Yes (Please specify:) - No
14. Do you have any concerns about your child's development such as language?		- Yes (Please specify:) - No
15. Do you have anyone who helps you raise your child or to consult with?		- Yes (Where/Who is it?)) - No
16. How do you feel about raising your child?		- Enjoyable - Not easy, but enjoyable - Irritating - Often do not know what to do
17. Does anyone in your family smoke?	Mother	- Yes - No - Used to
	Other family members	- Yes (Who smokes?)) - No - Used to
18. Does your child have a family dentist?		- Yes (Name of Dental Clinic:) - No - Used to
19. Did you give your child a fluoride treatment within the last three months?		- Yes (When was it?:) - No
20. Would you like us to give your child a fluoride treatment today?		- Yes - No - No idea
Any matter to consult with us today *If you have any concerns or something to consult with us, please describe the details below.		

Signature by Public Health Nurse ()

綾瀬市2歳児歯科健診アンケート

ふりがな 氏名:	生年月日: 年 月 日
住所: 綾瀬市	電話:

お子様の診察と保健指導のためのものです。該当するところを○で囲み、()に記入してください。

1. お子様の一日の生活リズムを記入してください		(例) ~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~ ~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~
2. 食事や食べ方で気になることはありますか		・はい (少食・むら食い・偏食・自分で食べようとしない ・口含み・時間がかかる) ・いいえ
3. おやつは、時間を決めていますか		・欲しがるときに: () 回 ・決めた時間に: 1日 () 回 ・ほとんど与えない
4. 次のお菓子を食べますか	アメ・ラムネ・グミ チョコ・クッキー	・ほぼ毎日: 1日 () 回 ・時々: 週 () 回 ・ほとんど食べない
	ケーキ・和菓子	・ほぼ毎日: 1日 () 回 ・時々: 週 () 回 ・ほとんど食べない
5. どんな飲み物をよく飲みますか (あればいくつでも)		・麦茶 ・水 ・豆乳 ・ココア ・炭酸飲料 ・その他 ()
6. 次の飲み物を飲みますか	牛乳 (昼間・寝る前・夜間)	・あまり飲まない (アレルギー・きらい) ・飲む: () ml × () 回/日
	乳酸飲料・ジュース 野菜ジュース	・ほぼ毎日: () ml × () 回/日 ・時々: 週 () 回 ・ほとんど飲まない
	スポーツ飲料・イオン飲料 フレーバー水	・ほぼ毎日: () ml × () 回/日 ・時々: 週 () 回 ・ほとんど飲まない
7. 毎日、大人がお子さんの歯を磨いていますか		・している (朝・昼・晩) ・時々: 週 () 回 ・していない
8. 歯みがきの様子はどうか (仕上げ磨きについて)		・上手にやらせる ・なんとかやらせる ・暴れてやらせない
9. うがいはできますか		・はい ・いいえ
10. 母乳・哺乳びんは飲んでいますか		・はい ・いいえ
11. 指しゃぶり (おしゃぶり) がありますか		・はい ・いいえ
12. 今までの健診で心配なことはありましたか		・はい (具体的に:) ・いいえ ・受けなかった
13. 体重など体格で心配はありますか		・はい (具体的に:) ・いいえ
14. 言葉など発達に関する心配はありますか		・はい (具体的に:) ・いいえ
15. 育児の相談相手や協力者はいますか		・はい (どなた・どこですか) ・いいえ
16. 育児はどうか		・楽しい ・大変だけど楽しい ・イライラすることが多い ・どうしたらよいか分からなくなることが多い
17. 喫煙習慣がありますか	母	・はい ・いいえ ・やめた
	他の家族	・はい (どなたですか) ・いいえ ・やめた
18. かかりつけ歯科医は、ありますか		・はい (歯科医院:) ・いいえ
19. 3カ月以内に、フッ素を塗布しましたか		・はい (いつ:) ・いいえ
20. 本日、フッ素塗布のご希望はありますか		・はい ・いいえ ・わからない

本日の健診で相談したいこと ※何か気になることや相談したいことがありましたらご記入ください