
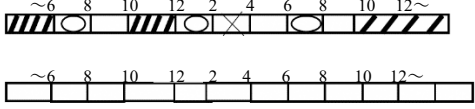


Cuestionario para la revisión dental para niños de 2 años en la Ciudad de Ayase

Cómo se lee		Fecha de nacimiento: Día de del	
Nombre:		Teléfono:	
Dirección:		Ciudad de Ayase	

Este cuestionario es para la revisión médica y la orientación sanitaria de su hijo(a). Marque la respuesta correspondiente con un O y escriba la respuesta dentro de los paréntesis ().

1. Marque el ritmo de vida de su hijo(a) en un día típico. - Durmiendo  - Comida O - Merienda X		(Ej.) 
2. ¿Tiene alguna preocupación sobre su alimentación o forma de comer?		- Sí (Come poco/ apetito variable/ selectivo con la comida/ no quiere comer solo/ acumula la comida en la boca/ tarda tiempo) - No
3. ¿Ofrece la merienda a la hora establecida?		- Le doy cuando desea: () veces - A la hora establecida: () veces al día - Casi no le doy
4. ¿Consume los siguientes dulces?	Caramelos, caramelos <i>ramune</i> (tabletas comprimidas), gomitas chocolate, galletas	- Casi diario: () veces al día - A veces: () veces a la semana - Casi no consume
	Pastel, dulces japoneses	- Casi diario: () veces al día - A veces: () veces a la semana - Casi no consume
5. ¿Qué tipo de bebidas consume usualmente? (Marque todas las respuestas si corresponden.)		- Té de cebada - Agua - Leche de soya - Chocolate caliente - Bebida carbonatada - Otros ()
6. ¿Consume las siguientes bebidas?	Leche de vaca (Durante el día/ antes de dormir/ en la noche)	- Casi no consume (Tiene alergia/ No le gusta) - Consume: () ml x () veces/día
	Bebida probiótica, jugo, jugo de verduras	- Casi diario: () ml x () veces/día - A veces: () veces a la semana - Casi no consume
	Bebida deportiva, bebida electrolítica, agua saborizada	- Casi diario: () ml x () veces/día - A veces: () veces a la semana - Casi no consume
7. ¿Un adulto cepilla diariamente los dientes de su hijo(a)?		- Sí (mañana/ mediodía/ noche) - A veces: () veces a la semana - No
8. ¿Cómo cepilla los dientes? (cuando le ayuda al final)		- Deja cepillar bien - Deja cepillar aunque cuesta - Resiste con violencia y no deja cepillar
9. ¿Puede hacer gárgaras?		- Sí - No
10. ¿Consume leche materna o utiliza el biberón?		- Sí - No
11. ¿Chupa los dedos (chupete)?		- Sí - No
12. ¿Le ha preocupado algo en las revisiones médicas anteriores?		- Sí (Especifique:) - No - No se ha hecho
13. ¿Le preocupa algo sobre su crecimiento como el peso?		- Sí (Especifique:) - No
14. ¿Le preocupa algo sobre su desarrollo como el lenguaje?		- Sí (Especifique:) - No
15. ¿Tiene con quién consultar sobre el cuidado del hijo(a) o un colaborador?		- Sí (¿Quién?/ ¿Dónde?) - No
16. ¿Qué le parece el cuidado del hijo(a)?		- Divertido - Divertido, aunque es mucho trabajo - Muchas veces me siento irritada - Muchas veces no sé qué hacer
17. ¿Tiene hábito de fumar?	Madre	- Sí - No - Dejó
	Otros miembros de la familia	- Sí (¿Quién?) - No - Dejó
18. ¿Tiene a su dentista de cabecera?		- Sí (Clínica dental:) - No
19. ¿Le ha aplicado flúor en los últimos 3 meses?		- Sí (¿Cuándo?:) - No
20. ¿Desea que le apliquemos flúor hoy?		- Sí - No - No sé
Inquietudes que desea consultar en la revisión médica de hoy		* Escriba si tiene alguna inquietud o consulta.

Firma de enfermero(a) de salud pública ()

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~
・寝ている時間		
・食事 ○ ・おやつ ×		
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. 育児はどうですか		・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