
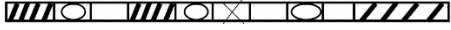
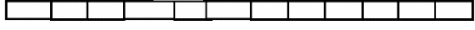


ແບບສອບຖາມກວດແຂ້ວເດັກ 2 ປີເມືອງອາຢາເຊ

ໂຕອັກສອນນ້ອຍທີ່ຊື່ບອກສຽງ ຊື່ແລະນາມສະກຸນ:	ວັນເດືອນປີເກີດ : ປີ ເດືອນ ວັນທີ
ທີ່ຢູ່: ເມືອງອາຢາເຊ	ໝາຍເລກໂທລະສັບ:

ເຊິ່ງເປັນຂໍ້ມູນສໍາລັບການກວດສຸກຂະພາບແລະແນະນໍາການຮັກສາສຸກຂະພາບຂອງລູກທ່ານ. ກະລຸນາອ້ອມຮອບຕົວຂໍ້ທີ່ສອດຄ່ອງດ້ວຍ O, ກະລຸນາຂຽນໃສ່ຢູ່ໃນ ()ນີ້.

1. ກະລຸນາຂຽນຕາຕະລາງເວລາໃນການໃຊ້ຊີວິດຂອງລູກທ່ານໃນມື້ໜຶ່ງ • ເວລານອນ  • ກິນເຂົ້າ O • ກິນເຂົ້າໜົມ X	(ຕົວຢ່າງ) ~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~  ~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~ 	
2. ມີເລື່ອງເປັນຫ່ວງກ່ຽວກັບອາຫານແລະວິທີການກິນບໍ່?	• ເຈົ້າ (ກິນອາຫານຈໍານວນໜ້ອຍ • ບາງຄັ້ງກິນຫລາຍ, ບາງຄັ້ງກິນແຕ່ໜ້ອຍໜຶ່ງ • ມັກກິນອາຫານພຽງແຕ່ປະເພດທີ່ຕົນມັກຢ່າງດຽວບໍ່ຢາກກິນທຸກໆຊະນິດ • ບໍ່ຢາກກິນດ້ວຍຕົນເອງ • ອົມອາຫານໃສ່ປາກແລະບໍ່ຢາກກິນລົງ • ໃນການກິນເຂົ້າໃຊ້ເວລາດົນ) • ບໍ່	
3. ກໍານົດເວລາເອົາເຂົ້າໜົມໃຫ້ລູກກິນບໍ່?	• ໃນເວລາຢາກກິນ: () ຄັ້ງ • ເວລາທີ່ກໍານົດໄວ້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ • ເກືອບບໍ່ໄດ້ເອົາໃຫ້	
4. ມັກກິນເຂົ້າໜົມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?	ເຂົ້າໜົມອົມ • ລາມູເນ • ເຢລີ ຊ້ອກໂກແລັດ • ຄຸກກິ	• ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ • ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ຄັ້ງ • ເກືອບບໍ່ໄດ້ກິນ
	ເຂົ້າໜົມເຄັກ • ເຂົ້າໜົມຍີ່ປຸ່ນ	• ເກືອບທຸກໆມື້: 1 ມື້ () ຄັ້ງ • ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ຄັ້ງ • ເກືອບບໍ່ໄດ້ກິນ
5. ນອກຈາກນີ້ ລູກເຈົ້າຍັງມັກຕື່ມເຄື່ອງຕື່ມປະເພດຫຍັງແດ່? (ຖ້າວ່າມີຫລາຍຂໍ້ ໝາຍຫລາຍອິນກໍໄດ້)	• ຊາເຂົ້າບະເລ • ນໍ້າ • ນໍ້າເຕົ້າຮູ້ • ໂກໂກ້ • ນໍ້າອັດລິມ • ແລະອື່ນໆ ()	
6. ລູກຂອງທ່ານຕື່ມເຄື່ອງຕື່ມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່?	ນົມງົວ (ກາງເວັນ • ກ່ອນນອນ • ກາງຄືນ)	• ບໍ່ຄ່ອຍຕື່ມປານໃດ (ແພ້ອາຫານ • ບໍ່ມັກ) • ຕື່ມ: () ml x () ຄັ້ງ/ມື້
	ເຄື່ອງຕື່ມກົດແລກຕິກ • ນໍ້າໝາກໄມ້ ນໍ້າຜັກ	• ເກືອບທຸກໆມື້: () ml x () ຄັ້ງ/ມື້ • ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ຄັ້ງ • ເກືອບບໍ່ໄດ້ຕື່ມ
	ເຄື່ອງຕື່ມກິລາ • ເຄື່ອງຕື່ມອີອອນ ນໍ້າປຸງລົດຊາດ	• ເກືອບທຸກໆມື້: () ml x () ຄັ້ງ/ມື້ • ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ຄັ້ງ • ເກືອບບໍ່ໄດ້ຕື່ມ
7. ທຸກໆມື້ພໍ່ຫຼືວ່າແມ່ທຸກແຂ້ວຂອງລູກບໍ່?	• ຖູໃຫ້ (ເຊົ້າ • ສ່ວຍ • ແລງ) • ບາງຄັ້ງບາງຄາວ: ອາທິດ () ຄັ້ງ • ບໍ່ເຮັດ	
8. ສະຖານະການທຸກແຂ້ວຄືແນວໃດແດ່ (ກ່ຽວກັບການທຸກແຂ້ວຂັ້ນຕອນສຸດທ້າຍ)	• ລູກຂອງເຈົ້າເຮັດໃຫ້ພໍ່ຫຼືແມ່ທຸກແຂ້ວໃຫ້ຢ່າງດີ • ລູກຂອງເຈົ້າເຮັດໃຫ້ພໍ່ຫຼືແມ່ທຸກແຂ້ວໃຫ້ໄດ້ • ລູກບໍ່ຢູ່ບໍ່ໃຫ້ພໍ່ຫຼືແມ່ທຸກແຂ້ວໃຫ້	
9. ບ້ວນປາກໄດ້ບໍ່?	• ເຈົ້າ • ບໍ່	
10. ຕື່ມນົມແມ່ຫຼືຕື່ມຂວດນົມບໍ່?	• ເຈົ້າ • ບໍ່	
11. ອົມມີໃສ່ປາກບໍ່?	• ເຈົ້າ • ບໍ່	
12. ທີ່ຜ່ານມາມີເລື່ອງເປັນຫ່ວງຜົນການກວດສຸກຂະພາບບໍ່?	• ເຈົ້າ (ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ:) • ບໍ່ • ບໍ່ເຄີຍໄປກວດສຸກຂະພາບ	
13. ມີເລື່ອງເປັນຫ່ວງກ່ຽວກັບຮ່າງກາຍ ເຊັ່ນນໍ້າໜັກບໍ່?	• ມີ (ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ:) • ບໍ່	
14. ມີເລື່ອງເປັນຫ່ວງກ່ຽວກັບການພັດທະນາການ ເຊັ່ນ ການເວົ້າ	• ມີ (ກະລຸນາຂຽນຢ່າງລະອຽດ:) • ບໍ່	
15. ມີຄົນປຶກສາແລະຜູ້ໃຫ້ການຮ່ວມມືໃນການລ້ຽງລູກບໍ່?	• ມີ (ແມ່ນໃຜ? • ຢູ່ບ່ອນໃດ?) • ບໍ່ມີ	
16. ທ່ານລ້ຽງລູກຄືແນວໃດແດ່?	• ມ່ວນ • ລໍາບາກຍາກແຕ່ມ່ວນ • ຮູ້ສຶກເປັນຕາລໍາຄານເລື້ອຍໆ • ບາງຄັ້ງບາງຄາວຂ້ອຍບໍ່ຮູ້ວ່າຈະເຮັດແນວໃດດີ	
17. ທ່ານສູບຢາເປັນປະຈໍາບໍ່?	ແມ່	• ເຈົ້າ • ບໍ່ • ເຊົາແລ້ວ
	ສະມາຊິກຄອບຄົວອື່ນ	• ເຈົ້າ (ແມ່ນໃຜ?) • ບໍ່ • ເຊົາແລ້ວ
18. ທ່ານມີທ່ານໜີ້ແຂ້ວປະຈໍາບໍ່?	• ເຈົ້າ (ຄືນິກໜີ້ແຂ້ວ:) • ບໍ່	
19. ລູກເຈົ້າໄດ້ທາທາດຟລູອໍຣິນໃສ່ແຂ້ວພາຍໃນ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ່?	• ເຈົ້າ (ເມື່ອໃດ?) • ບໍ່	
20. ມື້ນີ້, ຢາກທາທາດຟລູອໍຣິນໃສ່ແຂ້ວບໍ່?	• ເຈົ້າ • ບໍ່ • ບໍ່ເຂົ້າໃຈ	

ເລື່ອງທີ່ຢາກປຶກສາໃນການກວດສຸກຂະພາບ ※ ຖ້າມີເລື່ອງທີ່ເປັນຫ່ວງແລະຢາກປຶກສາ, ກະລຸນາຂຽນໃສ່

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