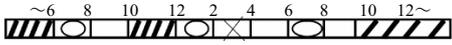
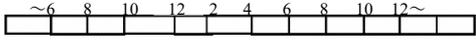


Questionário – Exame Dentário para crianças de 2 anos

Leitura em Kana	
Nome:	Data de nascimento:      Ano      Mês      Dia
Endereço: Cidade de Ayase,	Telefone:

Perguntas para a consulta e orientação de saúde da criança. Favor marcar com ○ a resposta correspondente e preencher a lacuna (      ).

1. Preencher o ritmo do diário da criança - Horário de sono  - Refeições ○      - Lanches ×	(Exemplo) 
2. Tem alguma preocupação na alimentação ou na forma de comer da criança?	- Sim (come pouco / às vezes come e outra vezes não / não come em horários definidos / não tenta comer sozinho / deixa o alimento dentro da boca por longo tempo / leva muito tempo para comer) - Não
3. Tem horário definido para os lanches?	- Sempre que pede: (      ) vezes - Em horários definidos:      vezes/dia - Quase não dou lanches.
4. Come os seguintes doces?	Balas / doces em tablete (Ramune) / bala de goma / chocolate / biscoitos - Quase todos os dias: (      ) vezes/dia      - Às vezes (      ) vezes/semana - Quase não come
	Bolos / doces japoneses - Quase todos os dias: (      ) vezes/dia      - Às vezes: (      ) vezes/semana - Quase não come
5. Quais bebidas toma com frequência? (possível múltiplas escolhas)	- chá de cevada      - água      - leite de soja      - cacau      - bebida gaseificada - Outros (      )
6. Toma as seguintes bebidas?	Leite de vaca (durante o dia / antes de dormir/ durante a noite) - Não toma muito (alergia / não gosta) - Toma: (      ) ml × (      ) vezes/dia
	Bebida com ácido láctico / sucos / suco de legumes - Quase todos os dias: (      ) ml × (      ) vezes/dia - Às vezes: (      ) vezes/semana      - Quase não toma
	Bebidas esportivas / bebidas iônicas / água aromatizada - Quase todos os dias: (      ) ml × (      ) vezes/dia - Às vezes: (      ) vezes/semana      - Quase não toma
7. Algum adulto escova os dentes para a criança todos os dias?	- Sim (de manhã / na hora do almoço / à noite)      - Às vezes: (      ) dias/semana - Não
8. Como estão as condições da higiene bucal? (sobre o adulto finalizar a escovar os dentes)	- deixa terminar      - deixa terminar mais ou menos      - não deixa terminar
9. A criança consegue gargarejar?	- Sim      - Não
10. Bebe leite materno / mamadeira?	- Sim      - Não
11. Costuma chupar o dedo (ou chupeta)?	- Sim      - Não
12. Teve alguma preocupação nos exames anteriores?	- Sim (objetivamente:      ) - Não      - Não levei ao exame
13. Tem preocupações sobre o peso e porte da criança?	- Sim (objetivamente:      ) - Não
14. Tem preocupações sobre a fala e desenvolvimento da criança?	- Sim (objetivamente:      ) - Não
15. Tem alguém para consultar ou ajudar nos cuidados com a criança?	- Sim (quem / onde      ) - Não
16. Como vai os cuidados infantis?	- Muito bem      - Difícil mas bom      - Às vezes fico irritado(a) *Na maioria das vezes não sei o que fazer.
17. Costuma fumar?	Mãe - Sim      - Não      - Parei(parou)
	Outras pessoas da família - Sim (quem?      )      - Não      - Parou
18. Costuma ir a uma clínica dentária periodicamente?	- Sim (nome da clínica dentária:      )      - Não
19. Aplicou flúor nos últimos 6 meses?	- Sim (Quando:      )      - Não
20. Deseja receber tratamento de flúor hoje?	- Sim      - Não      - Não sei
<b>Tem algo que queira consultar no exame de hoje?</b>	*Caso tenha alguma preocupação ou algo a consultar, favor descrever abaixo.

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