
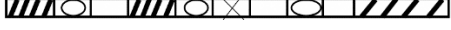
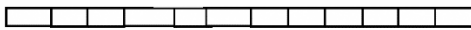


Thành phố Ayase Khảo sát khám răng miệng trẻ 2 tuổi

Furigana		Ngày tháng năm sinh: Ngày Tháng Năm		
Họ tên:				
Địa chỉ: Thành phố Ayase		Điện thoại:		

Phiếu này để khảo sát sức khỏe và hướng dẫn sức khỏe cho bé. Khoanh O vào mục thích hợp, và điền vào ()

1. Hãy điền nếp sinh hoạt một ngày của bé		(Ví dụ)
• Thời gian ngủ  • Bữa ăn O • Bữa phụ x		~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~  ~6 8 10 12 2 4 6 8 10 12~ 
2. Bạn có lo lắng về việc ăn hoặc cách ăn của bé không?		• Có (Ăn ít/Ăn thất thường/Ăn không cân bằng/Không muốn tự ăn/Ngậm/Ăn lâu) • Không
3. Bạn có qui định thời gian ăn bữa phụ của bé không?		• Khi muốn: () lần • Qui định thời gian: 1 ngày () lần • Không cho ăn bữa phụ
4. Bé có ăn các loại bánh kẹo sau không?	Kẹo•Ramune•Kẹo dẻo Sô cô la•Bánh qui	• Hầu như hàng ngày: 1 ngày () lần • Thi thoảng: Tuần () lần • Không ăn
	Bánh ngọt•Wagashi	• Hàng ngày: 1 ngày () lần • Thi thoảng: Tuần () lần • Hầu như không ăn
5. Bé thường uống đồ uống gì? (Nếu có thì chọn bao nhiêu cũng được)		• Trà lúa mạch • Nước • Sữa đậu nành • Cacao • Đồ uống có ga • Khác ()
6. Bé có uống các loại đồ uống sau không?	Sữa bò (Ban ngày•Trước khi ngủ•Đêm)	• Không hay uống (Dị ứng•Ghét) • Có: () ml x () lần/ngày
	Đồ uống từ sữa•Nước ép Nước ép rau củ	• Hầu như hàng ngày: () ml x () lần/ngày • Thi thoảng: Tuần () lần • Không uống
	Nước uống thể thao•Nước uống điện giải Nước có hương vị	• Hầu như hàng ngày: () ml x () lần/ngày • Thi thoảng: Tuần () lần • Không uống
7. Hàng ngày người lớn có đánh lại răng (chải răng cho sạch) cho bé không?		• Có (Sáng•Trưa•Tối) • Thi thoảng: tuần () buổi • Không
8. Việc đánh răng của bé như thế nào? (Đánh lại răng)		• Đánh răng ngoài • Chịu cho đánh răng • Không phối hợp đánh răng
9. Bé có súc miệng được không?		• Có • Không
10. Bé có bú mẹ/bú bình không?		• Có • Không
11. Bé có mút tay (ngậm ti giả) không?		• Có • Không
12. Bạn đã khi nào lo lắng khi khám sức khỏe cho bé chưa?		• Có(Cụ thể:) • Không • Chưa từng khám sức khỏe
13. Bạn có lo lắng về cân nặng, vóc dáng của bé không?		• Có (Cụ thể::) • Không
14. Bạn có lo ngại về sự phát triển ngôn ngữ của bé không?		• Có (Cụ thể::) • Không
15. Bạn có ai để tư vấn về chăm sóc trẻ hoặc cùng chăm sóc trẻ không?		• Có (Ai•Ở đâu) • Không
16. Bạn thấy việc chăm con như thế nào?		• Vui • Vất vả nhưng vui • Thường bị nổi nóng • Nhiều khi không biết phải làm gì
17. Bạn có thói quen hút thuốc không	Mẹ	• Có • Không • Đã bỏ hút thuốc
	Thành viên trong gia đình	• Có (Ai) • Không • Đã bỏ hút thuốc
18. Bạn có nha sĩ gia đình không?		• Có (Bệnh viện nha khoa:) • Không
19. Trong 3 tháng gần đây, bé đã bôi flouride chưa?		• Có (Khi nào:) • Không
20. Bạn có muốn bôi flouride cho bé hôm nay không?		• Có • Không • Không biết
Điều muốn được tư vấn hôm nay ※Hãy ghi điều bạn lo lắng hoặc muốn được tư vấn		

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