

各設問の太枠内に御記入ください。(横に記入例があります。)

平塚市2歳児歯科健診票

受診目

No.

フリガナ 氏 名	1男 2女	第 子	生年 令和 年 月 日 月日 (満 2歳 か月)	主な保育者 1母 2父 3祖父 4祖母 5 ()保育園・こども園
-------------	----------	--------	-----------------------------	--------------------------------------

1	1 歳 6 か月児健康診査は受診しましたか	1 はい 2 いいえ	()
2	「ワンワンキタ」「ママイナイ」など 2 つ以上の単語をつなげて話しますか	1 はい 2 いいえ	
3	簡単な質問に答えますか	1 はい 2 いいえ	
4	よくかんで食べる習慣をつけていますか	1 はい 2 いいえ	
5	食後の歯みがき、ぶくぶくうがいなどを、お子さん自身がしていますか	1 はい 2 いいえ	
6	毎日大人が仕上げみがきをしていますか	1 はい (いつ) 2 いいえ	
7	よく食べるおやつの内容は (3 つまで)	1 ビスケット・クッキー 2 せんべい 3 果物 4 あめ・ラムネ 5 牛乳・ミルク 6 その他 ()	
8	おやつのは数は	1 なし 2 1 ～ 2 回 3 3 回以上 4 決まっていない	
9	寝る前 1 時間以内に飲食しますか	1 しない 2 飲食する (内容)	
10	よく飲む飲み物と 1 日の量は	1 牛乳 () ml 2 フォローアップミルク () ml 3 乳酸菌飲料 () ml 4 ジュース () ml 5 イオン飲料 () ml 6 お茶類 () ml 7 その他 () () ml	
11	飲み物を飲む時に使うものは	1 コップ 2 哺乳ビン 3 その他 ()	
12	母乳またはミルクを飲んでいますか	1 母乳 (いつ) 2 ミルク (いつ) 3 飲んでいない	
13	指しゃぶりやおしゃぶりをしますか	1 指しゃぶり 2 おしゃぶり 3 しない	
14	育児でイライラすることが多いですか	1 はい () 2 いいえ 3 どちらともいえない	
15	生活リズムは規則的ですか	1 はい 2 いいえ 3 どちらともいえない	

保健師名 ()

普段の生活時間

起床(時 分)	就寝(時 分)	昼寝(時 分～ 時 分)	外遊び(時間)	テレビ・ビデオ(時間)
朝食(時 分)	昼食(時 分)	夕食(時 分)	おやつ(時 分)	(時 分)

	心配なこと・相談したいこと	所 見 ・ 助 言	生活 助言() 経観() 月 電話・育相・その他
歯	むし歯・噛み合わせ・歯並び・歯みがき など		栄養 助言() 経観() 月 電話・育相・その他
食事	小食・むら食い・好き嫌い など		心理 発 1 助言 2 経観 3 要精 4 要医 言 1 助言 2 経観 3 要精 4 要医 その他 1 助言 2 経観 3 要精 4 要医
生活	生活リズム・かんしゃく・トイレトレーニング など		月 電話・面接・教室・その他
心理	ことば・くせなど		主訴() 所見()

説明文書を了承の上、フッ素体験塗布を希望しますか。はい（記載者のサイン） ・ いいえ

歯科医師名																																													
歯 科 診 察	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>E</td><td>D</td><td>C</td><td>B</td><td>A</td><td>A</td><td>B</td><td>C</td><td>D</td><td>E</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E											歯垢付着状況 1 良 2 普通 3 不良			軟組織の異常 1 なし 2 あり 局所性（L） 3 全身性（S）		
	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E																																			
										う歯総数 本			不正咬合																																
										未処置歯 本			1 なし 2 あり（ ）																																
										処置歯 本																																			
									う蝕り患型			歯の異常																																	
判定									フッ素塗布			1 なし 2 あり 形成不全・癒合歯 動揺・喪失																																	
1 健康 2 要指導 3 要医療									1 O1 3 A 5 C1			その他（ ）																																	
									2 O2 4 B 6 C2																																				
歯 科 相 談	フッ素 									F	1 2	助言（ ） 経観（ ）																																	
	()									R	1 2	保健所 歯科医院 育児相談 その他（ ）																																	