

大槌町幼児歯科検診受診券兼結果報告書【2歳6か月児】

この券は 2歳6か月から2歳11か月 までの間に使用してください

※太枠の中をご記入ください

		受診日	令和	年	月	日
ふりかな		生年月日	年	月	日	(歳 ヶ月)
お子さんの氏名						
住所	大槌町に住所がないお子さんは使用できません 大槌町					
連絡先						

＊お子さんについてお聞きます

1	ご家庭での日中の保育者はどなたですか？ 母 父 祖母 祖父 その他 ()
2	お子さんは、食後に歯ブラシを持つ習慣はありますか？ 1 ある 2 時々持つ 3 ない
3	保護者の方は、お子さんの仕上げ磨きをしていますか？ 1 毎日している (朝食後・昼食後・夕食後・就寝前・その他 ()) 2 時々している 3 していない
4	母乳またはミルクを与えていますか？ 1 与えていない 2 与えている
5	おやつとの時間と回数は、どのくらいですか？ 1 時間 (時) 回数 (回/日) 2 特に決めていない
6	おやつにどのようなものを食べていますか？(複数回答可) あめ キaramel チョコレート クッキー ケーキ ゼリー アイスクリーム せんべい スナック菓子 果物
7	お子さんがよく摂取する飲み物について(複数回答可) 牛乳 お茶 湯冷まし ジュース 炭酸飲料 乳酸菌飲料 スポーツドリンク その他 ()
8	夜、就寝前に飲食することはありますか？ 1 ある (内容:) 2 ない
9	お子さんが日常的に行っているクセはありますか？ おしゃぶり 指しゃぶり 爪を咬む いつも口があいている その他 ()
10	お母さんは定期的に歯科検診や保健指導を受けていますか？ はい いいえ
11	お子さんは、フッ化物塗布を受けたことがありますか？ はい いいえ
12	お子さんの歯について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

【医療機関記載欄】

E	D	C	B	A	A	B	C	D	E

／健全歯	本	C	う歯	本
△喪失歯	本	○処置歯		本
		⊕サホライド		本

軟組織の異常	なし・あり ()
咬合の異常	なし・あり ()
歯の汚れ	なし・あり ()
色調の異常	なし・あり ()
う蝕罹患型	O・A・B・C1・C2
その他	
フッ素塗布	あり・なし ()

診察結果	1 問題なし	歯科保健指導の必要性(要・不要) 内 容
	2 健診時指導	
	3 要経過観察	
	4 要治療	
	5 その他	
受診年月日 年 月 日		
歯科医療機関		

役場記載欄

--