

### 3 才 児 用

(3才0カ月～3才11カ月) [保・幼・その他] 平成 年 月 日

氏名		性 別	男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日 ( 才 月 )
----	--	--------	--------	----------	----------	---------------

※ お子様について伺います。該当するものに○をして、必要事項を記入して下さい。

1. ご家族：父 \_\_\_\_\_ 才 / 母 \_\_\_\_\_ 才 / 兄姉 \_\_\_\_\_ 人 / 弟妹 \_\_\_\_\_ 人  
同居者（祖父、祖母、その他 \_\_\_\_\_） / 双子以上で（ある、ない）
2. 妊娠中の異常 : ①ない ②ある ( \_\_\_\_\_ )
3. 出生時体重 : \_\_\_\_\_ g
4. 出生時の異常 : ①ない ②ある ( \_\_\_\_\_ )
5. 今迄にかかった伝染病：①なし ②麻疹 ③風疹 ④水痘 ⑤はしか ⑥百日咳 ⑦その他 ( \_\_\_\_\_ )
6. 今までにかかった主な病気：①ない ②ある ( \_\_\_\_\_ )
7. かかりやすい病気：①なし ②かぜをひき易い ③かぜをひくとぜいぜいがとれにくい ④湿疹  
⑤下痢しやすい ⑥よく熱をだす ⑦ひきつけ ⑧その他 ( \_\_\_\_\_ )
8. 今までで気づいた異常：①ない ②ある ( \_\_\_\_\_ )
9. 予防接種：①BCG (+, -) ②ポリオ (1, 2, -) ③はしか (+, -)  
④三種混合 1期 (1, 2, 3) 2期 (-) ⑤その他 ( \_\_\_\_\_ )
10. 歩きはじめたのはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_ ヶ月頃
11. 今までにいつ健診を受けましたか。 1ヶ月, 3ヶ月, 6ヶ月, 9ヶ月, 12ヶ月, 1才, 1才半, 2才
12. 健診で何か異常を指摘されましたか。 ①いいえ ②はい ( \_\_\_\_\_ )
13. 保育園、幼稚園に通っていますか。 ①いいえ ②はい (保育園に \_\_\_\_\_ 才から)
14. お母さんと離れて生活したことがありますか。 ①いいえ ②はい (期間は \_\_\_\_\_ ヶ月)

**健康診査アンケート**

1. 足を交互に出して階段がのぼれますか。 (はい・いいえ)
2. 赤、青、緑、黄色がわかりますか。 (はい・いいえ)
3. 2つの物を比べてどちらが背が高いか言えますか。 (はい・いいえ)
4. 自分の性と名が言えますか。 (はい・いいえ)
5. 友達に「かして」と言えますか。 (はい・いいえ)
6. 昼間は殆どおもらしをしませんか。 (はい・いいえ)
7. 自分でパンツをぬいで、おしっこが出来ますか。 (はい・いいえ)
8. 目が悪いという心配はありませんか。 (はい・いいえ)
9. 耳が聞こえにくいという心配はありませんか。 (はい・いいえ)
10. 昼間どなたがおもに保育をしていらっしゃいますか。 母・祖母・保育園・その他 ( \_\_\_\_\_ )
11. 今までに何か事故を起こしたことがありますか。 けが ( \_\_\_\_\_ )、やけど、  
誤飲 ( \_\_\_\_\_ )
12. 次の事柄のうちで今、特に心配なことに○をつけてください。(いくつでも可)  
①怖がったり、怯えたりする ②乱暴がひどい ③落ち着きがない ④聞きわけがない  
⑤動きが乏しい ⑥親や周囲の人に無関心 ⑦偏食がひどい ⑧遊びが偏る ⑨指しゃぶり  
⑩爪かみ ⑪チック ⑫性器いじり ⑬睡眠の異常 (時間が短い、夜泣がひどい、眠りが浅い)
13. 心配なこと、相談したいことがあればご記入下さい。

CATNo.

CAT値

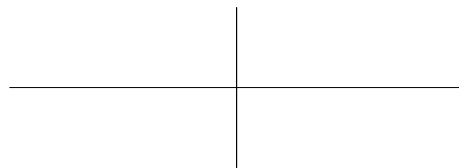
## 2歳児・3歳児用歯科アンケート

年 月 日

フリガナ 氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日 ( 才 ャ月)
第 子	同居の家族	父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他	
お母さまの氏名		電話番号	
住所	〒		

該当するものに○印をご記入下さい

- (1) 昼間は誰が世話をしていますか？ 保育所・母・祖父母・その他
- (2) 起床・就寝時間・食事時間など、  
1日のリズムは決まっていますか？ だいたい ・決まっていない  
決まっている
- (3) おっぱいやミルクをやめられましたか？(断乳) はい・いいえ
- (4) 哺乳瓶を使用していますか？ いいえ・はい
- (5) 寝る前や夜中の授乳 していない・時々・毎日
- (6) 間食の時間は決めていますか？ はい・いいえ
- (7) 間食の回数は何回ですか？  
(飲み物のみも含む) 2回以下・3回以上
- (8) よく食べる間食(おやつ)は？  
飲み物 \_\_\_\_\_  
食べ物 \_\_\_\_\_
- (9) 菓子などを食べながら遊びますか？ いいえ・はい
- (10) 歯ごたえのあるものもよく噛んで食べますか？ はい・いいえ
- (11) 寝る前に歯磨きをしてあげていますか？ 毎日・時々・いいえ
- (12) 食べたら歯ブラシを持つ習慣が付きましたか？ はい・いいえ
- (13) 気になることや、ご質問があればお書き下さい



フロス	Br.
D	ハロー

ハロー 歯科