## Dental Examination Questionnaire for Three years Old

【英語】3 歳児歯科健診問診票

Child's name						Male	/ Female
お子さんの名前						男	女
Date of birth			year	_month	day	(	) th child
生年月日			年	月	目	第何子	
Parents	Mother	Age	years-old	Occupation	(		)
両親	母	年齢	歳	職業			
	Father	Age	years-old	Occupation	(		)
	父	年齢	歳	職業			
Phone 電話							

1. During day time, who usually takes care of your child? Please answer in relation to your child and circle one that applies.

昼間の主な保育担当はどなたですか。お子さんを中心に、当てはまるものを一つ選んでください。Mother / Father / Grandparent / Nursery (Nursery school's name) /Other (<br/>母・父 ・祖父母・保育園・その他

2. Has your child ever had a major disease or been hospitalized?

お子さんは今まで大きな病気にかかったことがありますか。

Yes (Sickness ) / No

はい・いいえ

3. Does your child have any food or material allergies?

アレルギーはありますか。

No

Yes → Egg / Milk / Latex / Other ( ) いいえ・はい →卵・牛乳・ラテックス・その他

4. Does your child suck his/her fingers or use a pacifier?

指しゃぶり、おしゃぶりなどの癖がありますか。

No / Yes  $\rightarrow$  (Finger sucking / Pacifier / Other)

いいえ・はい→指しゃぶり・おしゃぶり・その他

5. Is the meal time of your child regulated?

食事時間を決めていますか。

Yes ightarrow Breakfast : / Lunch : / Dinner : / Snack : No 決めている ightarrow朝 時・昼 時・夕 時・間食 時

決めている →朝 時・昼 時・夕 時・間食 時 決めていない

6. Do you try to let your child eat vegetables every day?

毎食、野菜を食べるよう努力していますか。

Yes / No

はい・いいえ

7. Does your child enjoy at meal times?

お子さんは食事の時間を楽しんでいますか?

Yes / No

はい・いいえ

8. Does your child have meals with his/her family?

家族の誰かと一緒に食事をするようにしていますか。

Yes / No

はい・いいえ

9. Do you have any concerns about your child's diet?

食事について心配なこと、困っていることはありますか。

No

Yes → small appetite / picky eater / playing with food / unbalanced diet ( ) / taking a lot of sweets / swallowing foods / Other ( )

いいえ

はい → 小食・むら食い・遊び食べ・偏食・甘いものが多い・丸のみ・その他

10. Does your child often drink sweet beverages?

甘い飲み物をよく飲みますか。

Yes / No

はい・いいえ

11. How often does your child eat snacks? Snacks include sweet beverages.

おやつの与え方はどうですか。おやつには甘い飲料も含む。

Almost never / Once or twice a day / More than 3 times a day

与えない・1日1~2回与える・1日3回以上与える

12. How often does your child eat sweets such as candies and chocolates in a week?

)

)

アメ、ガム、チョコ、ラムネ菓子、和菓子、菓子パンなどの甘いお菓子の与え方はどうですか

Almost never / Once or twice a week / Three or four times a week / Almost daily

与えない・週に1~2回・週に3回以上・毎日

13. How often does your child drink sweet beverages such as juices, fermented milk drinks and sports drinks in a week?

乳酸飲料、ジュース、スポーツ飲料、炭酸飲料など甘味飲料の与え方はどうですか。

Almost never / Once or twice a week / Three or four times a week /

Almost daily ( mL/day)

与えない・週に1~2回・週に3回以上・毎日

14. After tooth brushing before bed, does your child drink or eat anything except water?

夜、歯をみがいた後に水・お茶以外の飲食をしますか。

No / Yes (What does your child drink or eat?

)

いいえ・はい(何を

15. Do you brush your child's teeth every day?

保護者が毎日歯みがきをしますか。

Yes → After your child brushes his/her teeth, you do a follow-up brushing.

Yes → Only you brush your child's teeth

No → Your child brushes his/her teeth by oneself.

 $No \rightarrow No$  one brushes your child's teeth.

仕上げみがきをしている (子供がみがいた後、保護者が仕上げみがきをしている)

子どもが自分でみがかずに保護者だけでみがいている。

子供だけでみがいている。

子供も保護者もみがいていない。

16. Does your child have a regular dentist?

お子さんのかかりつけの歯科医師はいますか。

No / Yes (Dental clinic's name:

いいえ・はい (歯科医院名)

17. Does your child use tooth paste including fluoride?

フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。

Yes / No

はい・いいえ

18. How often do you check your child's mouth?

お子さんのお口の中を観察することはありますか。

## More than 1 time a week / More than 1 time a month / Almost never

1週間に1回以上・月に1回以上・ほとんどない

## 19. Does your child chew food well?

ゆっくりかんで食べる習慣はありますか。

Yes / No

はい・いいえ

※この問診票は歯科で回収します。保護者へ返却しないこと。