

# Dental Examination Questionnaire for Three years Old

【英語】3歳児歯科健診問診票

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

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 → (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 → Breakfast : / Lunch : / Dinner : / Snack :

No

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.

おやつと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?



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。