

# Dental Examination Questionnaire for Two Years Old

【英語】2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. After the dental examination, we provide fluoride treatment to the applicants. Would you like to have the treatment to your child?

Yes / No

フッ素塗布を希望しますか

はい・いいえ

5. 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

6. Would you like to have a consultation by a nutritionist?

栄養士による個別相談を希望しますか。

Yes / No

はい・いいえ

7. Do you breastfeed your child?

現在、母乳を与えていますか。

No

Yes → Morning / Noon / Before bed / At night

いいえ

はい → 朝・昼・寝る前・夜間

8. Does your child use baby bottles?

現在、哺乳瓶を使っていますか。

No

Yes → Morning / Noon / Before bed / At night

いいえ・はい → 朝・昼・寝る前・夜間

9. 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

10. 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

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

