

Dental Examination Questionnaire for 1 And A Half Year Old

【英語】1歳6か月児歯科健診問診票

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 years-old 年齢 歳	Occupation() 職業
	Father 父	Age years-old 年齢 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. Who lives with your child? Please answer in relation to your child and circle all that apply.

家族構成を教えてください。なお、お子さんを中心に記載してください。

Father / Mother / Grandfather / Grandmother / () older brother / () older sister /
() younger brother / () younger sister / Other ()

父・母・祖父・祖母・兄・姉・弟・妹・その他

3. 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

4. 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

5. Your child's daily routines

お子さんの生活リズムを教えてください

Wake-up time → Before 8 a.m. / 8 - 10 a.m. / After 10 a.m.

Bed time → Before 8 p.m. / 8 - 10 p.m. / After 10 p.m.

起床時間 → 8時前・8～10時・10時以降

就寝時間 → 20時前・20～22時・22時以降

6. 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

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. Do you have any concern about your child's chewing and swallowing?

噛み方、飲み込み方で気になることはありますか。

Yes / No

はい・いいえ

12. How often does your child drink milk?

牛乳の飲み方はどうですか

Every day (mL/day) / Sometimes / Almost never

毎日・時々・全く飲まない

13. 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

14. 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

15. 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

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

おやつとのえ方はどうですか。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

17. 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

18. 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

19. 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)

20. 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 → 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。

21. 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

22. When did the first tooth of your child cut?

お子さんの歯はいつごろから生え始めましたか。

() month

か月

23. 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）

24. 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

25. 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

※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。