

受診年月日	令和 年 月 日		
幼児氏名	ふりがな	生年月日	西暦 年 月 日 性別 男・女
住所	広島市 区	電話番号	

●歯のことや食べ方について心配なこと、困っていることをお子さんのことに関わらず、自由に記入してください。

[]

●生活について

1 お子さんはいつ歯みがきをしますか。 朝食後 昼食後 おやつ後 夕食後 就寝前

2 お子さんの歯の仕上げみがきをしていますか。
 子どもが磨いた後、保護者が仕上げみがきをしている 子どもがみがかずに、保護者だけでみがいている
 子どもだけでみがいている 子どもも保護者もみがいていない

3 次のような癖はありますか。また、以前していたことはありますか。
 指しゃぶり ゴム乳首の使用 唇を噛む(巻き込む) 爪をかむ 舌をかむ 布をかむ
 くち呼吸 その他 ()

●食事について

1 次の食事をとっていますか。 朝食 昼食 夕食

2 おやつ(間食)の回数を決めていますか。 はい () 回 いいえ 与えていない

3 よく飲むものはなんですか。(1日に与える量を記入してください。)
 牛乳・育児用ミルク (ml) ジュース (ml) 乳酸菌飲料 (ml)
 スポーツ飲料 (ml) お茶 (ml) その他 (ml)

4 母乳を飲んでいますか。 はい いいえ

5 哺乳瓶を使っていますか。 はい いいえ
「はい」の方は、哺乳瓶の中には何を入れていますか。 牛乳 育児用ミルク ジュース スポーツ飲料 その他

6 食事中にビデオ・テレビを消していますか。 はい いいえ

●フッ素塗布について フッ素は、歯の質を丈夫にし、むし歯に対する抵抗力を高めます。フッ素塗布後30分間は飲食を控えてください。 はい いいえ
本日、フッ素塗布を希望しますか。

										<input type="checkbox"/> O1 う歯もなく汚れもない
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	<input type="checkbox"/> O2 う歯が近い将来できやすい
E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	<input type="checkbox"/> A 上顎前歯部のみ又は臼歯部のみう歯がある
										<input type="checkbox"/> B 上顎前歯部及び臼歯部にう歯がある
										<input type="checkbox"/> C 下顎前歯部にう歯がある

現在歯数 本 ・ う歯総本数 本 (未処置歯 本 ・ 処置歯 本)

不正咬合 無 ・ 有
 反対咬合(下顎前突) 上顎前突 開咬(指しゃぶり 無 ・ 有)

口腔軟組織異常 無 ・ 有 (小帯 ・ 歯肉 ・ その他)

その他の異常 無 ・ 有 ()

フッ素塗布 実施 未実施

特記事項

実施医療機関 所在地 名称 管理者氏名 電話番号	<p>●乳幼児健康診査に関する個人情報の保護について</p> <p>○医療機関は乳幼児健康診査の受診券を使用した方の住所、氏名などの個人情報を広島市に乳幼児健康診査に係る費用請求する目的以外には使用しません。</p> <p>○医療機関が保有する受診された方の住所、氏名などの個人情報は医療機関が責任を持って管理し、広島市から乳幼児健康診査に係る費用を受領した後、受診券を適切に廃棄します。</p> <p>○広島市は乳幼児健康診査の結果について、医療機関から報告を受け、家庭訪問、電話等による事後指導に使用します。また、健診結果を行政評価に活用する目的で、統計処理に使用します。</p> <p>○健診結果の統計的な処理にあたって、個人の結果が公表されることはありません。また、健診結果は広島市が厳重に管理し、上記目的以外には使用しません。</p>
--------------------------------------	--

●健診を受診されない方にお聞きします。その理由は何ですか。 ※当てはまる項目に☑を、()には記入をお願いします。

医療機関で既に健診を受けた。受診日：西暦 年 月 日 医療機関名： _____

子どもの病気のため受診できない。 保護者の仕事で休めない。 その他 ()

※ お子さまの様子をお伺いするため、電話や家庭訪問又は保育園等の関係機関に連絡させていただく場合があります。