

1세 6개월아 치과 건강 검진 문진표  
해당하는 것을 □로 표시해 주십시오.

이름 \_\_\_\_\_

1. 아이의 치아나 잇몸 상태를 관찰하고 있습니까?

주 1회 이상 관찰한다 · 월 1회 이상 관찰한다 · 거의 하지 않는다

2. 모유는 먹고 있습니까?

아니요

예 → (낮에 · 취침 전에 · 밤에)

3. 젖병은 사용합니까?

아니요

예 → (낮에 · 취침 전에 · 밤에)

4. 사탕 · 초콜릿 · 껌 · 아이스크림 등의 단 과자를 일주일에 몇 번 정도 먹습니까?

거의 매일 · 주 3~4회 · 주 1~2회 · 거의 없다

5. 주스 · 유산균음료 · 스포츠음료 등 단 음료를 1주일에 몇 번 정도 마십니까?

거의 매일 · 주 3~4회 · 주 1~2회 · 거의 없다

6. 자녀의 구강과 관련하여 걱정이 되는 점이 있습니까?

아니요

예 → (충치, 치아의 발육 상태, 치열, 구취,  
양치질, 손가락 빨기, 고무 젓꼭지 빨기, 치아의 색)

7. 정기적으로 치과 검진을 받고 있습니까?

아니요

예 → (치요다 보건소 · 치과 의원)

1歳6か月児歯科健康診査問診票  
該当するものを○で囲んでください。

名前 \_\_\_\_\_

1. お子さんの歯や歯ぐきの状態を観察していますか

週に1回以上観察している · 月に1回以上観察している · ほとんどしていない

2. 母乳は与えていますか?

いいえ

はい → ( 日中 · 寝る前 · 夜中 )

3. 哺乳瓶は使用していますか?

いいえ

はい → ( 日中 · 寝る前 · 夜中 )

4. アメ · チョコ · ガム · アイスなどの甘いお菓子を、一週間のうちどのくらい食べますか

ほぼ毎日 · 週3~4回 · 週1~2回 · ほとんどない

5. ジュース · 乳酸飲料 · スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちどのくらい飲みますか

ほぼ毎日 · 週3~4回 · 週1~2回 · ほとんどない

6. お子様のお口のことでなにか気になることがありますか?

いいえ

はい → ( むし歯 、歯の生え方、 歯並び、 口臭、  
歯みがき、 指しゃぶり、 おしゃぶり、 歯の色 )

7. 定期的に歯科健診を受けていますか?

いいえ

はい → ( 千代田保健所 · 歯科医院 )