

## Dental Examination Questionnaire for Eighteen-Month-Olds

Please circle the items that apply

Child's Name \_\_\_\_\_

1. Do you regularly check the condition of your child's teeth and gums?

I check them once a week or more · I check them once a month or more · Almost never

2. Do you breastfeed your child?

No

Yes → (During the day · Before bed · At night)

3. Do you use baby bottles?

No

Yes → (During the day · Before bed · At night)

4. Around how often does your child eat sweets such as candy, chocolate, gum and ice cream in a week?

Almost daily · Three or four times a week · Once or twice a week · Almost never

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

Almost daily · Three or four times a week · Once or twice a week · Almost never

6. Is there anything about your child's mouth that concerns you?

No

Yes → (Cavities · How the teeth are coming in · Alignment of teeth · Bad breath · Tooth brushing · Thumbsucking · Pacifier use · Tooth color)

7. Does your child undergo periodic dental examinations?

No

Yes → (At the Chiyoda Public Health Center · At a dental clinic)

## 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 )