

Dental examination questionnaire for three-year-olds

Please circle the items that apply

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

1. Does your child use toothpaste that contains fluoride to brush his or her teeth?

No · Yes

2. 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

3. Do you breastfeed your child?

No

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

4. Do you use baby bottles?

No

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

5. 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

6. 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

7. 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)

8. Does your child undergo periodic dental examinations?

No

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

3歳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. お子さんの歯を磨くとき、フッ素入りの歯磨き剤を使用していますか  
いいえ · はい

2. 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

3. 母乳は与えていますか?  
いいえ  
はい → ( 日中 · 寝る前 · 夜中 )

4. 哺乳瓶は使用していますか?  
いいえ  
はい → ( 日中 · 寝る前 · 夜中 )

5. 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

6. 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

7. 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)

8. 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 )