

No. \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

DH \_\_\_\_\_

## 食事記録・問診票（小児）

\_\_\_\_\_年 月 日

起床時間 食事（間食・飲み物含む）の時間と内容 就寝時間 を例のように記入してください。

また、歯を磨いた時間に丸をしてください

【例】7月21日（水）		月 日（ ）	月 日（ ）	月 日（ ）
6:00	起床			
⑥:30	朝食 トースト いちごジャム 牛乳			
12:30	昼食 カレー スープ サラダ ゼリー			
15:30	おやつ ケーキ ジュース			
17:00	ガム・ハイチュウ			
19:00	夕食 ごはん 味噌汁 ハンバーグ サラダ			
20:00	ポカリスエット			
②1:00	就寝			
歯磨きの回数 2 回		歯磨き _____ 回	歯磨き _____ 回	歯磨き _____ 回

裏面のアンケートにもお答えください

○よく食べるおやつは何ですか？

1. アメ
2. ガム
3. チョコレート
4. クッキー
5. せんべい
6. その他

[ ]

○よく飲む飲み物は何ですか？

1. お茶 水
2. コーヒー (砂糖・ミルク)
3. 紅茶 (砂糖・ミルク)
4. ジュース
5. スポーツドリンク
6. 牛乳

○歯ブラシの種類はどちらですか？

手動・電動

○歯磨きの時間は何分ですか？

(本人磨き) 約 \_\_\_\_\_ 分

○仕上げ磨きはしていますか？

いいえ・はい 約 \_\_\_\_\_ 分

○歯磨き粉は使用していますか？

いいえ

はい (本人磨き・仕上げ磨き・どちらも)

(歯磨き粉名: \_\_\_\_\_)

○ (歯磨き粉の使用がはいの方のみ) どの位の量か記入してください

→



○歯みがきの後のうがいは何回ですか？ \_\_\_\_\_ 回

○歯ブラシ以外の道具を使用していますか？

いいえ

はい (フロス・糸ようじ・タフトブラシ・歯間ブラシ・フッ素・洗口液・

その他 \_\_\_\_\_)

○全身疾患はありますか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ )

○常用薬はありますか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ )

○アレルギーはありますか？

いいえ

はい ( \_\_\_\_\_ )

その他希望や要望があればご記入ください