保護者様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

校長名

学校歯科医名

**歯・口の健康についての保健調査にご記入ください**

この調査は、今年度の歯科健康診断を実施するにあたり、日頃の子ども一人一人の歯・口の状態を教えていただくことにより健康診断を円滑に実施し、健康状態をより的確にかつ総合的に評価するため、また、その後の学校での保健指導のためにも必要なものです。

お手数ですが必ずご記入をお願いいたします。

（ご不明な点がございましたら、学級担任または養護教諭までお問合せをお願いいたします。）

　　　年　　組　　氏名

Q.口を開け閉めした時に、音がすることがありますか 　　　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.口が開きにくかったり、開く時にあごに痛みを感じることがありますか　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.歯並びが気になりますか 　　　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.歯みがきの時、歯ぐきから血が出ますか　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 （　はい　・　いいえ　）

Q.歯が痛んだり、しみたりしますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.食べ物が飲み込みにくいことがありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.口の臭いが気になりますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（　はい　・　いいえ　）

Q.COという言葉を知っていますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.GOという言葉を知っていますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（　はい　・　いいえ　）

Q.１日に何回間食（おやつ）を食べますか　　　　　　　　　　　（　食べない　・　食べる　　　　回　）

Q.おやつの時間は決まっていますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（　はい　・　いいえ　）

Q.食事中にテレビを見ますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

Q.一日に何回歯をみがきますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 　　　　　　　　回　）

Q.ラッテクスアレルギーの既往がありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　はい　・　いいえ　）

など

歯や口のことで学校歯科医に相談したいこと

|  |
| --- |
|  |

※このすべてを質問に入れるのではなく、担当学校歯科医と打ち合わせの中で必要と考えられる項目を入れてください。学校独自の質問も可ですが、プライバシー等にはご注意ください。

岐阜県モデル