



日時・Date	持ち物・Belonging	健診内容・Contents
Reservation required 【Dental Checkup examination date】 【Preparation day】 * By appointment only. To make an appointment, please call your examination venue below (Please see the attached sheet)	①Maternal and Child Health Handbook ※ fill in the page of your child's condition at 18months. ②This questionnaire sheet ※must fill in ③Tooth brush ④Bath towel ⑤Result sheet of 1year 6months health check up. (pink slip) ※if you done...	歯科健診 Dental checkup 個別相談 (育児・栄養・歯科) Individual consultation (Child raising or nutrition counseling or tooth brushing talk)
【Dental Checkup examination venue/Contact information】		

1歳6か月児歯科健康診査のお知らせ Information of 1 year 6 months Dental Checkup

お子さんの歯科健康診査を実施します。費用はかかりません。
 なお、1歳6か月児歯科健診は1歳11か月まで受診できます。

今回、受診できない方は日程をお問い合わせの上、お越しください。

We will have a dental checkup of your child. It does not cost.

Your child can take 1year 6months dental checkup until 1year 11months.

If you could not come this time, please ask us another schedule and come to it.

○最小限の人数でお越しください。

Please come with the minimum number of people.

○マスクの着用と感染予防にご協力をお願いします。

Please cooperate in wearing a mask and preventing infection.

○お車での来所はご遠慮ください。

Do not come by car, please.

1歳6か月児歯科健康診査質問票 1 year 6 months Dental Checkup Questionnaire sheet

●保護者の方へ...事前に記入し、健診日に必ずお持ちください。 Please fill in the form beforehand and bring it on the checkup day surely.

*お答えいただいた内容と健診結果は、個人情報の保護に十分配慮した上で子育てや健康に関する資料として活用します。また収集した個人情報については適正かつ安全に取り扱います。

*The contents and diagnosis results that you have answered will be used as a data on child care and health, with due consideration to protection of personal information.

We also properly and safely handle the personal information we have.

Date of birth	年 月 日 生	1year	month	家族構成 Family Members()人 祖父 grandfather・祖母 grandmother・父 father・母 mother・兄 elder brother・姉 elder sister・弟 younger brother・妹 younger sister・その他 other people
日中の連絡先 contact of daytime				日中の主な保育者 Who is taking care of your baby in a daytime? 母mother ・ 父father ・ 保育園nursery ・ 幼稚園kindergarden ・ その他others

あてはまる答えに○、または必要な内容を記入して下さい。 Please Circle or fill in the necessary things.

1	今までに大きな病気、ひきつけ、手術などありましたか Has your child ever been sick, convulsion or operation?	なし No	あり(病名) : 歳 ヶ月) Yes (Name of disease : year months)	
2	1歳6ヶ月児健康診査(医療機関での)を受けましたか Did your child take 1 year 6 months Medical check-up?	はい (医療機関) Yes (Where?)	いいえ No	
3	お子さんの普段の生活時間をご記入ください。記入例(7:00)。Please fill in usual life time of your child. Ex.(7:00)	起床 Get up 朝食Breakfast 昼食Lunch 夕食Dinner 就寝 Go to bed () () () () ()		
4	ひとりで上手に歩きますか。 Does your child walk alone ?	はい (始歩 才 ヶ月~) Yes When?(year months)	いいえ No	
5	積み木がつめますか。 Does your child build wooden blocks up?	はい Yes	いいえ No	
6	意味のある片言を言いますか。 *マンマ、ワンワンなど Does your child say a word which has meaning? *mommie, broom broom...etc.	はい(個) (始語 才 ヶ月) Yes How many?() When?(year months)	いいえ No	
7	スプーンなどを持って食べようとしていますか。 Does your child want to use spoons or things?	はい Yes	いいえ No	
8	こわいことがあるとお母さん等顔見知りの人にしがみついたりしますか Does your child cling to mother or someone he/she knows when scary?	はい Yes	いいえ No	
9	人見知りはしましたか。 Is he/she shy?	はい (歳 か月頃) Yes When?(year months)	いいえ No	
10	顔を合わせようとしても顔をみずに目をそらしますか Does your child look away from your gaze when you look at him/her?	いいえ No	はい Yes	
11	誰がいてもまるで人がいないかのように無視して動きまわりますか Does your child move around as if there are no body around him/her and couldn't pay attention?	いいえ No	はい Yes	
12	育児は楽しいですか。 Do you think you have fun in child raising?	はい Yes	いいえ No	どちらともいえない Can not say either
13	育児の相談者や協力者はいますか。 (*複数回答可) Is there any person you can talk or can cooperate for child raising?	配偶者 Spouse	親 Parents	友人 Friends
14	お母さんの気持ちやからだの調子はいかがですか How is mother's feeling and condition of body?	よい Good	よくない No good	どちらともいえない Can not say either

お子さんやご家族のことについて心配や相談があればご記入ください

Please write anything you would like to discuss about your child or family.

1歳6か月児歯科健康診査質問票

1 year 6 months Dental Checkup Questionnaire sheet

あてはまる答えに○、または必要な内容を記入して下さい。 Please Circle or fill in the necessary things.

発達に関する質問(15~22)です *質問の行動をめったにしない場合は「いいえ」とご回答ください。
 Question(15~22)about development. *Please answer No, if your child doesn't do rarely.

15	電話の受話器を耳にあててしゃべるまねをしたり、人形やその他のものを使って、ごっこ遊びをしますか Does your child pretend to talk on a phone or play with dolls and others for pretend play?	はい Yes	いいえ*1 No		
16	何か欲しいものがある時、指をさして要求しますか Does your child point with one finger to ask for something or to get help?	はい Yes	いいえ*2 No		
17	何か興味を持った時、指をさして伝えようとしませんか Does your child point with one finger to show you something interesting?	はい Yes	いいえ*3 No		
18	あなたに見て欲しいものがある時、それを見せに持ってきますか Does your child show you things by bringing them?	はい Yes	いいえ*4 No		
19	部屋の離れたところにあるおもちゃを指さすと、お子さんはその方向を見ますか If you point at something like toys to some distance away in the room, does your child look at it?	はい Yes	いいえ*5 No		
20	あなたのすることをまねしますか (例:口をとがらせて見せると、まねようとしませんか) Does your child try to copy what you do?(for example:When you pout, does he/she copy that?)	はい Yes	いいえ*6 No		
21	あなたが名前を呼ぶと反応しますか Does your child respond when you call your child's name?	はい Yes	いいえ*7 No		
22	言われたことばをわかっていますか Does your child understand when you tell him/her to do something?	はい Yes	いいえ*8 No		
23	お母さんはタバコを吸っていますか Does mother smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている Yes	
24	お父さんはタバコを吸っていますか Does father smoke?	吸わない No	やめた Quit	吸っている Yes	
25	お母さんは過去1年間に健康診断を受けましたか Has mother take health check up in the past year?	受けた(区民健診・国保健診・職場健診・家族健診・その他) Yes(check up of ward, National Health Insurance, Company, Company-family, Others)		受けない No	
26	お子さんの1週間の朝食の回数 How many times does your child eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2
27	お母さんの1週間の朝食の回数 How many times does mother eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2
28	お父さんの1週間の朝食の回数 How many times does father eat breakfast in a week?	毎日 Everyday	5・6回 5・6times	3・4回 3・4times	2回以下 Less than 2
29	お子さんは肉だんごくらいのかたさのものをかんで食べられますか Can your child chew foods like meatballs hardness?	はい Yes	いいえ No		
30	お子さんの食事のことについて栄養士に相談したいことがありますか Do you want to talk with dietitian? Do you have any concern which you want to talk with dietitian about your child's meals?	はい Yes	いいえ No		

2021.04

31	お子さんは指しゃぶりやおしゃぶりをしていますか Does your child have habit of thumb sucking or use a pacifier?	していない No	指しゃぶり Thumb-sucking	おしゃぶり Pacifier	ほか() Others()
32	アメ・チョコ・ガム・アイスなど甘いお菓子を食べますか Do you and your child have sweet snacks like candy, chocolate, gum, ice cream and so on?	子ども child	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every day
33		保護者 parents	食べない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日食べる Almost every day
34	ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなど甘い飲み物を飲みますか Do you and your child have sweet drinks like juice, fermental lactic drink, sports drink and so on?	子ども child	飲まない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日飲む Almost every day
35		保護者 parents	飲まない No	週2~4日 2~4times a week	ほぼ毎日飲む Almost every day
36	寝る前や夜中に母乳やミルク等を飲みますか Does your child drink mother's or bottle milk and so on before sleep?	飲まない No	母乳 Mother's milk	ミルク等 Milk and so on	
37	哺乳瓶を使って水やお茶以外のものを飲みますか Does your child use a baby bottle to drink something other than water or tea?	いいえ No	はい(何を Yes (What's))	
38	お子さんは自分でコップを持って水を飲みますか Does your child have a cup of water by himself/herself?	はい Yes	いいえ No		
39	お子さんは間食を一日に何回しますか(甘い飲み物含む) How many times does your child eat snacks between 3 meals in a day? (including sweet drinks)	しない No	1~2回 1-2 times	3回以上 More than 3 times	
40	保護者が、毎日仕上げ磨きをしていますか Does guardian do follow up toothbrushing everytime?	1. 仕上げ磨きをしている(子どもが磨いた後、保護者が仕上げ磨きをしている) Yes-Guardian does follow up brushing after child's brushing 2. 子どもが自分で磨かずに、保護者だけで磨いている Yes-Only guardian does toothbrushing 3. 子どもだけで磨いている No-Only child does toothbrushing 4. 子どもも保護者も磨いていない No-Both don't do toothbrushing			
41	お子さんはフッ素入り歯磨剤を使っていますか Does your child use fluorine tooth paste?	はい Yes	いいえ No		
	保護者の方はフッ素入り歯磨剤を使っていますか Do you use fluorine tooth paste?	はい Yes	いいえ No	わからない Don't know	
42	お子さんはかかりつけ歯科医はありますか Does your child have any family dentist(doctor)?	はい(区内・区外 Yes(in Edogawa・out	歯科医院) dental clinic)	・いいえ ・No	・何ともいえない ・Neither
	かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置等を受けていますか Does your child take a regular dental checkups or preventive treatment at family dentist?	定期健診 ・ クリーニング ・ フッ素塗布 ・ 治療 Regular dental check up ・ Professional cleaning ・ Fluoride treatment ・ Cavity treatment			
43	保護者の方はかかりつけ歯科医はありますか Do you have any family dentist(doctor)?	はい(区内・区外 Yes(in Edogawa・out	歯科医院) dental clinic)	・いいえ ・No	・何ともいえない ・Neither
	かかりつけ歯科医で定期健診又は予防処置等を受けていますか Do you take a regular dental checkups or preventive treatment at family dentist?	定期健診 ・ クリーニングや歯石除去 ・ フッ素塗布 ・ 治療 Regular dental check up ・ Professional cleaning ・ Fluoride treatment ・ Cavity treatment			
44	保護者の方は、歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか Do you(parents) use dental floss or interdental brushes in addition to tooth brush?	毎日使っている Everyday	週1回以上使っている At least once a week	使っていない No	

記入もれがないかご確認いただき、健診当日忘れずにお持ちください
Please confirm that there is no omission and don't forget to bring it on the checkups day.

2021.04