

小児口腔機能管理 問診票

お口の機能の状態を把握し、正常に口腔機能を獲得できるようにします。
 継続してお口の機能の管理と指導を受けられる方は以下の必要事項をご記入ください。
 現在の口腔機能の発達状態と、管理・指導の予定を説明します。
 ご質問のある方は、ご遠慮なくお尋ねください。

お名前

様

年 月 日

① (c-5)	お口に食べ物を入ってから、飲み込むまでの時間は	5秒未満	5秒～1分	1分以上
② (c-8)	食べる量は	多い	普通	少ない
	一日の食事回数は	(回)		
	食べ物の好き嫌いが	ある(多い・少ない)	ない	わからない
③ (c-9)	発音が気になる	はい	いいえ	わからない
④ (c-10)	テレビを見ているときや宿題をしているときにお口が開いている	はい	いいえ	わからない
⑤ (c-11)	指しゃぶりや、唇をかむ・吸うなどの癖がある	はい	いいえ	わからない
	舌を出すなど、舌を変に動かす癖はありますか？	はい	いいえ	わからない
⑥ (c-14)	普段口で呼吸していることはありますか？	はい	いいえ	わからない
⑦ (c-15)	ものを飲みにくそうにしている様子がありますか？	はい	いいえ	わからない
	うつ伏せや横向きで寝ていることが多いですか？	はい	いいえ	わからない
⑧ (c-16)	寝ているときにいびきはしますか？	はい	いいえ	わからない
⑨ (c-17)	食べこぼしが多い	はい	いいえ	わからない
	遊び食べをしてしまう	はい	いいえ	わからない
	飲料で流し込んで飲み込む	はい	いいえ	わからない
	話し方のスピード	早い	普通	遅い
⑩	身長・体重	()kg ()cm		
⑪	その他気になることがありましたらご記入ください			

保護者様サイン