

17. 家族構成(同居家族)をお書き下さい。同居人数(_____人)

父親(才) 母親(才) 祖父(才) 祖母(才)

兄・弟・姉・妹(才) 兄・弟・姉・妹(才) 兄・弟・姉・妹(才)

その他()

18. 主に昼間、どなたがお子さまのお世話をされておられますか？

ご両親 祖父母 保育園 その他

19. 朝食について

食べる 食べない 不規則

20. おやつ(お口に飲食物が入る回数)について

決めている _____ 回 決めていない

好きなおやつ_____

常飲している飲み物 乳酸飲料 炭酸飲料 スポーツドリンク 牛乳 その他_____

21. 寝る前の飲/食 就寝時間_____時頃

毎日 時々 していない

22. うがいはできますか？

ブクブクできる(口の中に水を貯めてうがいができること)

水を口に含むことができ、吐き出せる。

水を口に入れると飲み込んでしまう。

水を含むこともできない。

23. 歯磨きについて

毎日3回以上磨く 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前

一日1回は磨く 起床後・朝食後・昼食後・夕食後・就寝前 決めていない

磨かない

24. 発音・歯並びに影響する習慣があります。下記からお分かりになる範囲でお答えください。

いびき 歯ぎしりをする 指をしゃぶる 爪をかむ 下唇をかむ

噛みしめをする 無意識のときにお口を開けている 頬杖をつく 姿勢が悪い 下顎を突き出す

話し方が気になる タ音サ音が聞きとりにくい 話しているとき舌が口から覗いている

食べ方について(食べることは舌・口唇・頬の筋肉のバランス運動、発音・歯並びに影響します)

食べるのが遅い 食べるのが早い 硬い食べ物(噛み応えのある食材)を嫌う

飲み物がないと食べられない(水物で流し食べ) 食べ物を小さくしないと食べられない

食べているときペチャペチャ音がする いつまでも食べ物が口にある

食事時にテレビをつけている **DR チェック:** 上唇小帯 舌小帯 処置: 有 無 観察

誰と食べていますか? **: 食育指導** 有 無 観察

朝食母親(父親) 兄弟姉妹 祖父母 保育園 その他_____

昼食母親(父親) 兄弟姉妹 祖父母 保育園 その他_____

夕食母親(父親) 兄弟姉妹 祖父母 保育園 その他_____

25. お子様について担当医が知っておいた方が思われることがありましたらご記入下さい。

()

26. その他で気になられることはありますか?ご自由にご記入下さい。

()

27. 治療時の母子分離を希望しますか？

する しない どちらでも

ご協力有難うございました