

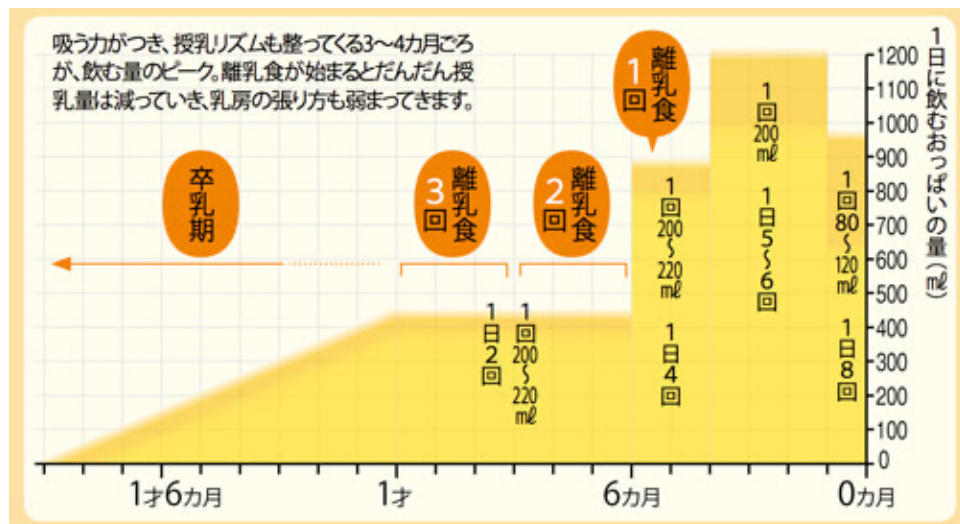
# 口腔機能（離乳完了前） 問診票

お名前 \_\_\_\_\_  
年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月  
記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

当てはまる項目の□に✓印をおつけください。（いくつでも構いません。）

## 哺乳について

- 乳首をしっかり口に含むことができない
- 授乳時間が長すぎる  
(目安：20分以上)
- 授乳時間が短すぎる  
(目安：15分未満)
- 哺乳量が多すぎる
- 哺乳量が少なすぎる
- 哺乳量にムラがある
- 授乳回数が多すぎる
- 授乳回数が少なすぎる
- 授乳回数にムラがある
- その他、哺乳で気になることがありましたら、お書きください。



( )

## 離乳について

- 離乳開始しているが首が据わっていない
- スプーンを舌で押し出す状態がみられる
- 離乳食が進まない
- その他、離乳で気になることがありましたら、お書きください。

( )

## その他

- ずっと口が開いている
- 鼻、頬やあごなどの口の周囲、口の中を触れた途端に顔をそむけたり、全身に緊張がみられる
- 他にお子様に気になることがありましたらお書きください。

( )

ご協力ありがとうございました。

さいとう歯科クリニック