

# 口腔機能 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ 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。)

## 食べ方について

- あまりかまないで丸のみする
- 食べるのが早い
- 食べるのが遅い
- かみぐせがある
  - ※ (右だけ・左だけ) でかむ
- 食事の量や回数で気になることがある
  - ※ (食べる量が多すぎる・少なすぎる/食べる回数が多すぎる・少なすぎる)
- 食べものや水を飲み込んだとき鼻に食べものや水が入る。
- よくむせる
- その他、食べ方で気になることがありましたら、お書きください。

( \_\_\_\_\_ )

## 話し方について

- 言葉が聞き取りにくいことがある
  - ※具体的にお書きください ( \_\_\_\_\_ )

## お口のくせなどについて

- お口がぼかんと空いていることが多い。
- 指しゃぶりがあ
- おしゃぶりをしている
- 爪をかむくせがある
- 舌を出すくせがある
- 唇をかむくせがある
- その他お口のくせで気になることがありましたら、お書きください。

( \_\_\_\_\_ )

## その他

- 扁桃腺が腫れている
- 睡眠中、最初は仰向けに寝ていても、いつの間にか横向きかうつ伏せで寝ている
- 睡眠中にいびきをかく
- 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