

口腔機能問診票

ふりがな			
お名前			
年 齡	歳	カ月	記入日
			年 月 日

当てはまる項目の □ に ✓ 印をお付けください (いくつでも構いません)

① 食べ方について

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> お口を開けたまま食べる | <input type="checkbox"/> 水やお茶で流し込む |
| <input type="checkbox"/> 食べているときペチャクチャ音がする | <input type="checkbox"/> よくむせる |
| <input type="checkbox"/> あまり噛まないで丸のみする | <input type="checkbox"/> 食べるのが早い |
| <input type="checkbox"/> 硬いものを食べない | <input type="checkbox"/> 食べるのが遅い |
| <input type="checkbox"/> なかなかのみ込めず口の中にためる | |
| <input type="checkbox"/> 噛みぐせがある ※(前歯 ・ 奥歯 ・ 右だけ ・ 左だけ) で噛む | |
| <input type="checkbox"/> 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) | |
| <input type="checkbox"/> 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 | |

② 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 ()

③ お口のくせなどについて

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> お口がぽかんと開いていることが多い | <input type="checkbox"/> 爪をかむくせがある |
| <input type="checkbox"/> 指しゃぶりがあある | <input type="checkbox"/> 舌を出すくせがある |
| <input type="checkbox"/> おしゃぶりをしている | <input type="checkbox"/> 唇をかむくせがある |
| <input type="checkbox"/> そのほか, 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 | |

④ その他

- 扁桃腺が腫れている (扁桃肥大がある) 睡眠中にいびきをかく
 ほかにお子様について気になることがありましたらお書きください