



大切なお子様の口の中、



気になっている事はありませんか？

赤ちゃん・こども歯科専用問診票

氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
----	--	------	------------------

食べる機能	C-1	歯の生え方が遅いと思ったことはありますか？	
	C-2	歯並びが悪いと思いますか？（出っ歯や受け口、ガタガタの並びなど）	
	C-3	虫歯があり、食べることが難しい時がありますか？	
	C-4	固いものを噛むのをいやがり、丸のみしている事が多いと思いませんか？	
	C-5	お口の中にいつまでも食べ物が入っていませんか	
	C-6	片方の歯だけで噛んでいませんか？	
	C-7	食べる時、ペロッと舌を出すことはありませんか？	
	C-8	食べる量が、少ない、多い、と感じることはありませんか？	

話す機能	C-9	カ・サ・タ・ナ・ラ行を言うと舌が出ませんか？	
	C-10	お口をポカンとあいていませんか？	
	C-11	指しゃぶり、唇をかむ癖などがありますか？	
	C-12	舌を上手く動かせないと感じることはありませんか？	

その他	C-13	やせている、太っていると思いますか？	
	C-14	お口で呼吸していませんか？（口呼吸）	
	C-15	あーって言う喉の奥が見えないですか？	
	C-16	寝ている時にいびきをかいていませんか？	
	C-17	その他気になることはありますか？（ ）	

食べる機能に2つ以上該当し、合計3項目に該当すると口腔機能発達不全症と診断され、
改善のためトレーニングや発達のためのポイントを保険診療にて受けることができます。

合計項目数	個
口腔機能発達不全症 とは… 食べる・話す・その他(呼吸)などが十分に発達していない場合や、正常に獲得できていないことをいいます。現在の状態を知り、発達に必要な運動や課題点を指導、計画を立てて健全なお口の発達へとサポートいたします。この機会に一緒にお子様のお口の成長を確認していきましょう。	