

お子様 食べ方アンケート

治療を行う上で参考にさせていただきます。
 普段のお子様の様子をお気軽にご記入下さい。

お名前 様 年 月 日

①(c-5)	お口に食べ物を入れてから、 飲み込むまでの時間は	5秒未満	5秒～1分	1分以上
②(c-8)	食べる量は	多い	普通	少ない
	一日の食事回数は	(回)		
③(c-9)	食べ物の好き嫌いが	ある (多い・少ない)	ない	わからない
	発音が気になる	はい	いいえ	わからない
④(c-10)	テレビを見ているときや宿題をしているときに お口が開いている	はい	いいえ	わからない
⑤(c-11)	指しゃぶりや、唇をかむ・吸うなどの癖がある	はい	いいえ	わからない
	舌を出すなど、舌を変に動かす癖はありますか？	はい	いいえ	わからない
⑥(c-14)	普段口で呼吸していることはありますか？	はい	いいえ	わからない
⑦(c-15)	ものを飲みにくそうにしている様子がありますか？	はい	いいえ	わからない
	うつ伏せや横向きで寝ていることが多いですか？	はい	いいえ	わからない
⑧(c-16)	寝ているときにいびきはしますか？	はい	いいえ	わからない
⑨(c-17)	食べこぼしが多い	はい	いいえ	わからない
	遊び食べをしてしまう	はい	いいえ	わからない
	飲料で流し込んで飲み込む	はい	いいえ	わからない
	話し方のスピード	早い	普通	遅い
⑩	身長・体重	()kg()cm		
⑪	その他気になることがありましたらご記入ください			

くろかわ歯科クリニック

ご協力ありがとうございました。