

— 小児歯科将来検討委員会からアンケート調査に協力をお願いいたします —

当委員会では乳児および乳歯列完成前の幼児の口腔チェックシートを作成に向けて活動しています。つきましては以下の項目にご記入の上、4月末日までにFAX(052)452-9088に送信してください。メールで送信の方は、h.w.930@fine.ocn.ne.jp宛てにお願いします。何卒ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。 JSPF小児歯科医療将来検討委員会 渡辺直彦

貴院において、乳歯列完成前の小児(0~2歳)の来院動機は、う蝕とう蝕予防処置を除いてどのような主訴ですか？該当する口に✓を入れてください。

1 歯について

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 外因性着色 (色素沈着) | <input type="checkbox"/> 5. 脱灰 |
| <input type="checkbox"/> 2. 歯の変色 (外傷由来) | <input type="checkbox"/> 6. 形成不全 |
| <input type="checkbox"/> 3. 癒合歯 | <input type="checkbox"/> 7. 歯石 |
| <input type="checkbox"/> 4. 形態異常 (結節) | <input type="checkbox"/> 8. その他(以下に自由記載) |

2 歯の萌出

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 先天性歯 | <input type="checkbox"/> 5. 逆被蓋 |
| <input type="checkbox"/> 2. 萌出の遅れ | <input type="checkbox"/> 6. 叢生 |
| <input type="checkbox"/> 3. 萌出順序 | <input type="checkbox"/> 7. その他(以下に自由記載) |
| <input type="checkbox"/> 4. 捻転・転位など | |

3 口腔軟組織

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 上皮真珠 | <input type="checkbox"/> 7. ウィルス性など広範な歯肉炎 |
| <input type="checkbox"/> 2. 萌出性嚢胞・萌出性血腫 | <input type="checkbox"/> 8. 歯肉のびらん |
| <input type="checkbox"/> 3. リガフェーデ病 | <input type="checkbox"/> 9. 口内炎 |
| <input type="checkbox"/> 4. 萌出時の歯冠周囲炎 | <input type="checkbox"/> 10. 小帯の異常 |
| <input type="checkbox"/> 5. 粘液嚢胞 | <input type="checkbox"/> 11. その他(以下に自由記載) |
| <input type="checkbox"/> 6. 歯肉への異物迷入で変色 | |

4 全身疾患

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. カンジダ | <input type="checkbox"/> 6. 唇顎口蓋裂 |
| <input type="checkbox"/> 2. ヘルペス | <input type="checkbox"/> 7. 各症候群 |
| <input type="checkbox"/> 3. 手足口病 | <input type="checkbox"/> 8. 障がい児の相談 |
| <input type="checkbox"/> 4. はしか | <input type="checkbox"/> 9. その他(以下に自由記載) |
| <input type="checkbox"/> 5. 耳下腺炎 | |

5 外傷

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1. 破折 | <input type="checkbox"/> 6. 舌の外傷 |
| <input type="checkbox"/> 2. 脱臼 | <input type="checkbox"/> 7. 歯ブラシ事故 |
| <input type="checkbox"/> 3. 歯肉からの出血 | <input type="checkbox"/> 8. 咬んでモノを割った後の口腔内確認 |
| <input type="checkbox"/> 4. 小帯の裂傷 | <input type="checkbox"/> 9. その他(以下に自由記載) |
| <input type="checkbox"/> 5. 口唇の裂傷 | |

6 その他(離乳・摂食指導、口臭、習癖など)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. 哺乳指導 (離乳の完了) | <input type="checkbox"/> 7. 定期検診希望 |
| <input type="checkbox"/> 2. 摂食指導 | <input type="checkbox"/> 8. 口腔管理 |
| <input type="checkbox"/> 3. 離乳食 | <input type="checkbox"/> 9. 細菌検査 (う蝕活動性) |
| <input type="checkbox"/> 4. 手づかみ食べ | <input type="checkbox"/> 10. 顎の歪み |
| <input type="checkbox"/> 5. 食事の相談 | <input type="checkbox"/> 11. 口臭 |
| <input type="checkbox"/> 6. 習癖 | <input type="checkbox"/> 12. その他(以下に自由記載) |