

回答用紙 (FAX用)

は記述での回答、() 内は○で選択して下さい。

1. 都・道
府・県

2. (A ・ B) →
Bの方、3.へお
進み下さい

Aの方、4.へ
お進み下さい

4. 名程度 %

5. (A ・ B)

A. 返戻理由

6. (A ・ B ・ C ・ D ・ E)

該当するもの全て選択

7. 表中の該当するところ全てに○を記入

		乳児 (0-2歳)	幼児 (3-5歳)	学童前期 (6-9歳)	学童後期 (10-12歳)	思春期 (13-14歳)
食 べ る	咀嚼機能	歯の萌出に遅れがある				
		咀嚼に影響するう蝕がある				
		強く咬みしめられない				
		咀嚼時間が長すぎる、短すぎる				
		偏咀嚼がある				
嚥下機能	舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる					
	哺乳量・食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたりムラがある等					
話 す	構音機能	構音に障害がある				
		口唇の閉鎖不全がある				
		口腔習癖がある				
		舌小帯に異常がある				
そ の 他	栄養(体格)	カウプ指数・ローレル指数評価で痩せ、肥満である				
	その他	口呼吸がある				
		口蓋扁桃等に肥大がある				
		睡眠時のいびきがある				
		その他				

8. (A ・ B ・ C ・ D ・ E)

該当するもの全て選択

E. その他の内容

9. (A ・ B ・ C ・ D)

一つのみ選択

10. (A ・ B ・ C ・ D ・ E)

一つのみ選択

11. (A ・ B ・ C)

一つのみ選択

A.B.の理由

12. (A ・ B ・ C ・ D ・ E)

一つのみ選択

13.

低いと評価した理由

適正と思う点数

点

14.

ご意見をご自由に記載して下さい

ご協力ありがとうございました。アンケートは以上です。

ご協力ありがとうございました。

回答先 (有田 信一 FAX095-862-3725)