|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 質　　　　　問 | お　答　え |
| ① | 出産は満期でしたか | はい　　　　　いいえ |
| 満期でない場合，何ヵ月何日でしたか | ヵ月　　　　　　　日 |
| ② | 出産は正常分娩でしたか | はい　　　　　いいえ |
| ③ | 先天的な疾患等を有されていますか． | 有する　　　　いない |
| 有されている場合，診断名をお教えください |  |
| ④ | 離乳は何ヵ月頃に開始されましたか． | 初期食　　　　　　　　　　ヵ月 |
| 中期食，後期食には何カ月で移行されましたか | 中期食　　　　　　　　　　ヵ月 |
| 後期食　　　　　　　　　　ヵ月 |
| ① | 首はすわっていますか | はい　　　　　いいえ |
| ② | うつ伏せにすると首を持ち上げますか | はい　　　　　いいえ |
| ③ | お口の周りを触ると，その方に顔を向けますか | 向ける　　　　向けない |
| ④ | 歯ブラシ・スプーンをお口に入れようとした時に以下のような動作があるでしょうか |  |
| 舌で押し返してくる　　　 | ある　　　　　ない |
| チュパチュパなめる　　　 | ある　　　　　ない |
| 強く噛みこむ　　　 | ある　　　　　ない |
| ⑤ | 歯磨きは1日何回されていますか | 　　　　　　　　　　　　　　　回 |
| ⑥ | 何を使って歯磨きされていますか？ |  |
| ⑤ | 現在，かかりつけの医療機関がおありでしたら，お教えください | 　　 |

ご質問がおありでしたら，以下にお書きください．

以上です．