

口腔機能問診票（離乳完了後）

年 月 日

No.	患者氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳 か月	性別	男・女
-----	------	------	-------	----	------	----	-----

現在の身長 cm ・ 体重 kg

当てはまる項目の口に✓印をお付けください(いくつでも構いません)

1. 食べることにについて

- お口を開けたまま食べる(C-7) (C-11) 食べこぼしが多い(C-17)
- 食べているときにペチャクチャ音がする(C-7) (C-11) 水やお茶で流し込む(C-17)
- あまりかまないで丸のみする(C-5) 遊びながら食べる(C-17)
- 硬いものを食べない(C-4) よくむせる(C-17)
- なかなか飲み込めず口の中にためる(C-17) かんでいる時間が気になる(C-5)
- かみぐせがある(C-6) ※(1分以上かむ ・ かむ時間が5秒未満)
- ※(右だけ ・ 左だけ)でかむ 食べ物を飲み込みにくそうにしている様子がある(C-15)
- 食事の量や回数が気になることがある(C-8)
- ※(食べる量が多すぎる ・ 少なすぎる ・ 食べる回数が多すぎる ・ 少なすぎる)
- その他、食べることで気になることがありましたらお書きください

2. 話すことにについて

- 言葉が聞き取りにくいことがある(C-9) ※具体的にお書きください()
- 話のはやさについて気になる(C-17) ※(ゆっくりすぎる ・ はやすぎる)

3. お口のくせについて

- お口がぼかんと開いていることが多い(C-10) 爪をかむくせがある(C-11)
- 指しゃぶりがあある(C-11) 舌を出すくせがある(C-11)
- おしゃぶりをしている(C-11) 唇をかむくせがある(C-11)
- 口呼吸して、鼻呼吸してない(C-14)
- その他、お口のくせで気になることがありましたらお書きください

4. その他

- 扁桃腺が腫れている(扁桃肥大がある)(C-15) 睡眠中にいびきをかき(C-16)
- 寝ている姿勢が気になる ※(仰向け ・ 横向き ・ うつ伏せ)(C-15)
- その他、お子様について気になることがありましたらお書きください(C-17)