

口腔機能問診票

ふりがな					
お名前					
年齢	歳	か月	記入日	年	月 日

当てはまる項目の□に✓印をお付けください（いくつでも構いません）

◎食べ方について

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ お口を開けたまま食べる | ☐ 水やお茶で流し込む |
| ☐ 食べているときペチャクチャ音がする | ☐ よくむせる |
| ☐ あまり噛まないで丸のみする | ☐ 食べるのが早い |
| ☐ 硬いものを食べない | ☐ 食べるのが遅い |
| ☐ なかなか飲込めず口の中にためる | |
| ☐ 噛みぐせがある（ 前歯・奥歯・右だけ・左だけ ）で噛む | |
| ☐ 食事の量や回数で気になることがある（ 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、食べ方で気になることがありましたらお書きください | |

--

◎話し方について

- ☐ 言葉が聞き取りにくいことがある
※具体的にお書きください（ ）

◎お口のくせなどについて

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ お口がぽかんと開いていることが多い | ☐ 爪をかむくせがある |
| ☐ 指しゃぶりがあある | ☐ 舌を出すくせがある |
| ☐ おしゃぶりをしている | ☐ 唇をかむくせがある |
| ☐ そのほか、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 | |

--

◎その他

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ 扁桃腺が腫れている(扁桃肥大)がある | ☐ 睡眠中にいびきをかく |
| ☐ ほかに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 | |

--