

令和4年度 滋賀県歯科保健調査票(保育所、幼稚園、こども園)

市町名
以下の(1)～(9)について、あてはまる番号に○を付けてください。
(1)昼食後の歯磨きを実施していますか。 1. クラス単位で実施している(実施児年齢: ___歳) 2. こども園全体で一斉に実施している 3. していない
(2)「歯と口の健康週間」(毎年6月4日から1週間)には、特別に歯に関する行事を計画実施していますか。 1. 毎年実施している 2. 年によっては実施する年もある 3. していない (1.または2.の場合の内容 _____)
(3)(2)の他、こども園独自の歯と口の健康に関する取組みを実施していますか。 1. している(内容: _____) 2. していない(理由: _____)
(4)特別に時間を設けるなどして、乳幼児に歯みがき指導を受けさせたことがありますか。 1. ある(実施児年齢: ___歳)(内容: _____) 2. ない(理由: _____)
(5)プラークチェック(歯垢染め出しテスト)の実施について 1. こども園主体で定期的実施している(実施児年齢: ___歳) 2. 歯科衛生士訪問時等、特別な行事の機会に実施している(実施児年齢: ___歳) 3. 実施していない
(6)パンフレット「大人の歯をたいせつに」の利用について 1. パンフレット「大人の歯をたいせつに」を知らない 2. 5歳児の保護者に配布している 3. こども園での保護者向け歯科保健指導等に利用している 4. その他(内容: _____)
(7)フッ化物塗布について 1. 実施している(___回/年、実施児年齢: ___歳) 2. 実施していない
(8)フッ化物配合歯みがき剤の利用について 1. 保護者に利用を推奨している 2. 保護者に利用しないよう推奨している 3. 特に何もしていない(保護者の意志に任せている)
(9)フッ化物の利用について 1. フッ化物がむし歯予防に有効だと思いますか 1. 思う 2. 思わない 2. こども園で、集団でのフッ化物利用は必要だと思いますか 1. 思う 2. 思わない 3. 2.で必要と思う場合の内容とは(複数回答可) 1. フッ化物塗布 2. フッ化物洗口 3. フッ化物入り歯磨剤

御協力ありがとうございました