

口腔機能外来 問診票 ①

お子さまの口腔機能に関する問診票です。
ことばに関するお悩みもお口の機能に付随するものであるため
ご協力お願いいたします。

★ 当てはまるものにチェックか○、空欄に記入をお願いいたします。

- ① 現在、かかりつけの歯科はありますか？
 あり (病院名：)
 (唾液検査： 受けている ・ 受けていない)
 なし
- ② 口腔機能外来（本日のお悩みに関しての相談）は初めてですか？
 初めて
 初めてではない（相談病院名：)
- ③ いつから気になり始めましたか？
 0歳～3歳から
 4歳～6歳から
 永久歯が生えてから
 その他 ()
- ④ 気にしている方はどなたですか？
 父 母 本人 その他 ()
- ⑤ 現在、歯並びやかみ合わせについても気になるところがありますか？
 はい → (気になる部分：)
 いいえ
- ⑥ ご家族で「食べる・話す・呼吸する」の3項目の中で
気になる部分がある方はいますか？
 はい →どなたのどんなところですか？
 (父・母・兄弟) の () などところ
 いいえ



口腔機能外来 問診票 ②

子どもの生活習慣チェックシート

年 月 日

名前 _____ 年齢 歳 ヶ月 _____ 男・女 _____

保護者の方が気になること

スタッフ記入欄

(過去に当てはまるもの場合は
「どちらかといえば当てはまる」に○をして
歴ありとご記入ください)

生活習慣の様子	非常に あてはまる	あてはまる	どちらかと いえば あてはまる	どちらかと いえば あてはま らない	あてはまら ない	まったく あてはまら ない
姿勢が悪い	6	5	4	3	2	1
椅子にきちんと座れない(寄りかかる)	6	5	4	3	2	1
長時間昼寝をする	6	5	4	3	2	1
気分むらがある	6	5	4	3	2	1
すぐに疲れたという	6	5	4	3	2	1
ごろごろすることが多い	6	5	4	3	2	1
意欲性が少ない	6	5	4	3	2	1
運動をあまりしない	6	5	4	3	2	1
昼間眠たそうにする	6	5	4	3	2	1
何かをしながら(本・TV・お菓子を食べる)寝てしまう	6	5	4	3	2	1
1時間以上TVやゲーム、ユーチューブなどを見る	6	5	4	3	2	1
朝一人で起きれない	6	5	4	3	2	1
落ち着きがない	6	5	4	3	2	1
唇が乾燥している	6	5	4	3	2	1

/84

習癖・口腔機能不全

お口ぼかん	6	5	4	3	2	1
口呼吸	6	5	4	3	2	1
爪噛み	6	5	4	3	2	1
指しゃぶり	6	5	4	3	2	1
舌を出す	6	5	4	3	2	1
唇を噛む、吸う	6	5	4	3	2	1
頬杖をつく	6	5	4	3	2	1
物を噛む	6	5	4	3	2	1
嘔吐反射が強い(よくオエっとする)	6	5	4	3	2	1
聞き取りにくい言葉がある	6	5	4	3	2	1
上唇が富士山のような形をしている	6	5	4	3	2	1
表情に締まりがない	6	5	4	3	2	1
ブクブクうがいができない	6	5	4	3	2	1
ガラガラうがいができない	6	5	4	3	2	1

/84

食事の様子

食事が遅い	6	5	4	3	2	1
食事が早い	6	5	4	3	2	1
食事中に飲み物をよく飲む	6	5	4	3	2	1
詰め込み食べ	6	5	4	3	2	1
迎え舌	6	5	4	3	2	1
食べこぼしが多い	6	5	4	3	2	1
口の周りが汚れる	6	5	4	3	2	1
くちゃくちゃ食べがある	6	5	4	3	2	1
噛み切れない食べ物がある	6	5	4	3	2	1
丸のみをしている	6	5	4	3	2	1
肉や野菜が苦手	6	5	4	3	2	1
味が濃いものが好き	6	5	4	3	2	1
やわらかいものが好き	6	5	4	3	2	1

/78

睡眠

横向き寝	6	5	4	3	2	1
うつぶせ寝	6	5	4	3	2	1
おねしょをする（夜おむつをはいている）	6	5	4	3	2	1
夜泣きがある	6	5	4	3	2	1
せき込む	6	5	4	3	2	1
目覚める（1回以上）	6	5	4	3	2	1
寝言	6	5	4	3	2	1
寝汗が多い	6	5	4	3	2	1
夜寝る時間がばらばら	6	5	4	3	2	1
睡眠時間にばらつきがある	6	5	4	3	2	1
夜中に飲み物を欲しがる	6	5	4	3	2	1
暗い場所で眠れない	6	5	4	3	2	1
夜トイレに起きる	6	5	4	3	2	1
自宅以外でも眠れる	6	5	4	3	2	1
一人で眠れる	6	5	4	3	2	1
寝起きが悪い	6	5	4	3	2	1
寝つきが悪い	6	5	4	3	2	1
物音で起きる（睡眠が浅い）	6	5	4	3	2	1
いびき	6	5	4	3	2	1
歯ざしり	6	5	4	3	2	1

/120

疾患

アレルギー性鼻炎がある	6	5	4	3	2	1
口臭	6	5	4	3	2	1
耳鼻科に行くことが多い	6	5	4	3	2	1
皮膚科に行くことが多い	6	5	4	3	2	1
肌が弱い	6	5	4	3	2	1
肩こり	6	5	4	3	2	1
頭痛	6	5	4	3	2	1
便秘	6	5	4	3	2	1

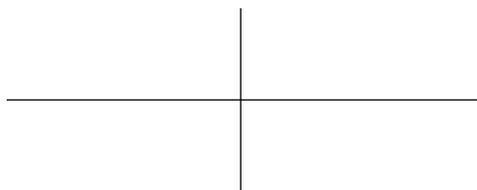
/48

合計

/414

口腔機能外来 Dr.チェック表

① 歯式・咬み合わせ



- 上顎前突
- 下顎前突
- 過蓋咬合
- 叢生 (上顎 ・ 下顎)
- 開咬
- 交叉咬合
- 切端咬合
- 正中離開
- V字歯列
- 台形歯列
- 高口蓋

② 舌挙上検査

大開口時の舌挙上

- スポットにつく
- 70~80%挙上できる
- 70%以下

舌小帯の太さ・位置

- 太い ・ 細い
- 前方 ・ 後方
- 短い・普通

③ 扁桃腺の大きさ

- 肥大している
- 異常なし

④ 鼻呼吸検査 (ブレスケール)

- 鼻閉あり (右 ・ 左)
- 鼻閉なし

⑤ 嚥下検査

口腔内に少量の水をため嚥下する (2~3回)

- 口唇緊張あり
- 口唇緊張なし
- 舌突出あり
- 舌突出なし

⑥ 口唇圧検査 3回の平均を出す (、 、) 平均 ()

⑦ 総括

診断名：口腔機能発達不全症による主訴の現れ

