

# Vキッズ聞き取りシート

お名前 \_\_\_\_\_

才 \_\_\_\_\_

男・女

初回記入日：20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 0：全くない

1：ときどきあるが気にならない

該当するものに○をつけてください

2：とても気になる

○のある項目は睡眠に関連しています

日付 [ / / ] [ / / ] [ / / ] [ / / ] [ / / ]

お口の状態や症状	初診時	1か月後	3か月後	6か月後	1年後
1. 歯並びが気になる	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
2. 虫歯が多い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
3. かみ合わせが気になる	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
④. 歯ぎしりがある	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
⑤. いびきがある	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
6. 口唇が荒れている	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
7. 唇をかむ癖がある	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
8. 口の端が切れやすい	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
9. 口がぼかんとあいている	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
10. 口臭がある	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
11. 舌足らずの単語がある	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
12. 歯磨きが嫌い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)

生活やその他の状態や症状	初診時	1か月後	3か月後	6か月後	1年後
①. 寝起きが悪い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
②. 自ら起きて来ない	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
③. 疲れやすい	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
④. 家でゴロゴロしている	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
⑤. 落ち着きがない	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
6. よく転ぶ・ケガをする	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
7. 身体が固い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
8. 食が細い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
9. 好き嫌いが激しい	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
10. 食べるのが遅い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
11. においや味に敏感	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
12. 風邪を引きやすい	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
13. 耳鼻科に行くことが多い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
14. 姿勢が悪い	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)

気になること(おねしょや指吸など)	初診時	1か月後	3か月後	6か月後	1年後
◎	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
◎	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)
◎	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)	(0・1・2)