

＜令和5年度千葉県歯科保健実態調査＞

(1) 1歳6か月児及び3歳児調査

属 性	アンケートに回答されるあなた（保護者）の年齢を教えてください。	1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代以上
	お子さまの性別を教えてください。	1 男 2 女
	お子さまの出生順位を教えてください。	1 第1子 2 第2子 3 第3子 4 第4子 5 第5子
	昼間の主な保育者はどなたですか。	1 母親 2 父親 3 祖父母 4 幼稚園 5 認定こども園 6 保育所 7 その他（ ）
歯 磨 き 習 慣	お子さまに仕上げみがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまの仕上げみがきの仕方に自信がありますか。	1 自信がある 2 自信がない 3 わからない
	お子さまにフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
	お子さまの歯みがき剤を選ぶときに、フッ素入りを考慮していますか。	1 している 2 していない
	お子さまは歯にフッ化物の塗布を受けたことがありますか。	1 受けたことがある 2 受けたことがない 3 わからない
授 乳 ・ 間 食 の 習 慣	お子さまは母乳をいつまで飲んでいましたか。	1 飲まなかった 2 1歳未満まで 3 1歳3ヶ月頃まで 4 1歳6ヶ月頃まで 5 2歳ころまで 6 現在も飲んでいる
	お子さまは哺乳ビンをいつまで使っていましたか。	1 使わなかった 2 1歳未満まで 3 1歳3ヶ月頃まで 4 1歳6ヶ月頃まで 5 2歳ころまで 6 現在も使っている
	お子さまの食器（スプーンやお箸）はお子さま専用のものですか。	1 子ども専用 2 大人と共用 3 どちらの場合もある
	お子さまの1日のおやつ（甘味食品・飲料）の回数は決めていますか。	1 欲しがるたびにまたは1日3回以上 2 1日1～2回 3 ほとんど与えていない
	お子さまのおやつ（甘味食品・飲料）の量と時間を決めていますか。	1 決めている 2 決めていない
歯 科 健 診 状 況	お子さまの口の中で心配なことはありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 かまない 2 歯の生え方 3 かみあわせ 4 歯ぎしり 5 歯みがき 6 おしゃぶり 7 指しゃぶり 8 その他（ ）
	お子さまには定期的に歯科検診を受けるなど、かかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）は年に1回歯科健診を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）はかかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ
市 町 村 欄	むし歯の有病状況	市町村名、診査日 健診名及び健診結果

(2) 小学校1年生調査

属性	アンケートに回答されるあなた（保護者）の年齢を教えてください。	1 10代 2 20代 3 30代 4 40代 5 50代 6 60代 7 70代以上
	お子さまの性別を教えてください。	1 男 2 女
歯磨き習慣	お子さまに仕上げみがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまは自分で歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している（ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前） 2 時々する 3 していない
	お子さまはフッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
	お子さまの歯みがき剤を選ぶときに、フッ素入りを考慮していますか。	1 している 2 していない
間食の習慣	お子さまは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
	お子さまは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
歯科健診状況	お子さまの口の中を（歯や歯ぐきの様子）を観察することがありますか。	1 週に1回以上している 2 月に1回以上している 3 ほとんどない
	お子さまは、歯科医院等で次のような診査や処置を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯科健診（年1回以上） 2 *フッ化物歯面塗布や*フッ化物洗口の指導 3 歯みがき指導 4 *シーラント処置 5 その他（ ） <small>*フッ化物歯面塗布：歯科医院等で歯にフッ素を塗るむし歯予防 *フッ化物洗口：フッ素入りのうがい薬でブクブクうがいをするむし歯予防 *シーラント処置：むし歯になりやすい奥歯の溝にプラスチック等を詰め、むし歯になるのを予防する処置のこと</small>
	お子さまの歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする 2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする 3 ものがはさまる 4 口臭がある 5 歯ならび 6 粘るような不快感がある 7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする 9 その他（ ）
	あなた（保護者）は年に1回歯科健診を受けていますか。	1 はい 2 いいえ
	あなた（保護者）はかかりつけ歯科医師がいますか。	1 はい 2 いいえ

(3) 小学校4年生調査

属性	あなたの性別	1 男 2 女
歯磨き習慣	あなたは、歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している (ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前) 2 時々する 3 していない
フッ化物の認識	あなたは、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
口腔ケアへの関心	あなたは、歯の健康に自信がありますか。	1 自信がある 2 自信がない 3 わからない
	鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子などを観察することがありますか。	1 週に1回以上している 2 月に1回以上している 3 ほとんどない
間食の習慣	あなたは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
	あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
歯科健診状況	あなたは、歯医者さんで次のようなことを受けたことがありますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 むし歯などの病気がないかどうか口の中をみてもらう (年1回以上) 2 歯にフッ素をぬったり、フッ素入りうがい薬の使い方を習う。 3 歯みがきのしかたを習う 4 *シーラントをする *シーラント：むし歯になりやすい、おく歯の、みぞにプラスチックなどをつめ、むし歯になるのを予防する方法のこと
	あなたは、歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする 2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする 3 ものがはさまる 4 口臭がある 5 歯ならび 6 粘るような不快感がある 7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする 9 その他 ()

(4) 中学校1年生及び高校1年生調査

属性	あなたの性別	1 男 2 女
歯磨き習慣	あなたは、歯みがきをしていますか。1 毎日しているを選んだ場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 毎日している (ア 朝起きたとき イ 朝食後 ウ 昼食後 エ 夕食後 オ 間食後 カ 夜寝る前) 2 時々する 3 していない
フッ化物の認識	あなたは、フッ素入りの歯みがき剤を使っていますか。	1 使っている 2 使っていない 3 わからない
口腔ケアへの関心	鏡などを使って、自分で歯や歯ぐきの様子などを観察することがありますか。	1 週に1回以上している 2 月に1回以上している 3 ほとんどない
	歯をみがくとき、デンタルフロス (糸ようじ) を使うことがありますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
	あなたは、歯みがきが正しくできていると思いますか。	1 はい 2 いいえ 3 わからない
	あなたは、歯の健康に自信がありますか。	1 自信がある 2 自信がない 3 わからない
間食の習慣	あなたは、あめ・チョコ・アイスなどの甘いお菓子を、1週間のうちに何日くらい食べますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
	あなたは、ジュース・乳酸飲料・スポーツドリンクなどの甘い飲み物を、1週間のうちに何日くらい飲みますか。	1 ほぼ毎日 2 週に3～4日 3 週に1～2日 4 ほとんどない
歯科健診状況	あなたは、歯科医院等で次のような診査や処置を受けていますか。受けている場合は、該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯科健診 (年1回以上) 2 *フッ化物歯面塗布や*フッ化物洗口の指導 3 歯みがき指導 4 *シーラント処置 5 歯石除去 6 その他 () <small>*フッ化物歯面塗布：歯科医院等で歯にフッ素を塗るむし歯予防 *フッ化物洗口 : フッ素入りのうがい薬でブクブクうがいをするむし歯予防 *シーラント処置 : むし歯になりやすい奥歯の溝にプラスチック等を詰め、むし歯になるのを予防する処置のこと</small>
	あなたは、歯や口の中について悩みや気になることがありますか。該当する項目にいくつでも○を付けてください。	1 歯が痛んだり、しみたりする 2 歯ぐきから血が出たり、はれたりする 3 ものがはさまる 4 口臭がある 5 歯ならび 6 粘るような不快感がある 7 かみあわせがよくない 8 口をあけるとあごのあたりがゴリゴリと音がする 9 その他 ()