食　べ　物　調　査　　なまえ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年齢　　歳　　ヶ月

☆　この調査は、お子様のお口の中の診査と共に、むし歯予防に欠かせぬ資料となります。お茶とお水を除くすべての食べ物、飲み物について、いつ、何を、どのくらいの時間食べたり飲んだりしたか、例にならって、できるだけ正確に記入してください。

(ビーバー小児歯科)

	記　入　例		何分間	月　日　曜日			月　日　曜日			月　日　曜日			月　日　曜日		
午前	6:00 6:30 7:00 8:40 11:00 11:40	起床 牛乳 1 本 朝食 　パン(ジャム付) 　紅茶(砂糖 2 杯) 　目玉焼き 　ミカン ポッキー少し チョコレート 3 つ アイスクリーム 半分	2 分 30 分 5 分 15 分 5 分												
午後	12:30 2:00 3 : 20 4 : 00 6 : 30 8 : 00 10:00	昼食 　焼きそば 　ワカメスープ 　りんごジュース 　　(果汁 100%) ポカリスエット 　コップ半分 アメ　1 つ りんごジュース 　　(果汁 100%) 夕食 　ごはん 　魚の塩焼き 　おひたし 　なっとう 　味噌汁 風呂上り 　イオン飲料 　　コップ一杯 就寝	45 分 2 分 5 分 1 分 45 分 2 分												