



お口の機能チェックシート



お子さんのお名前 _____

年齢 _____

歳 _____

記入日 _____

年 _____ 月 _____ 日 _____

★ 食べ方について



☐ お口を開けたまま食べる



☐ 食べているときペチャクチャ音がする



☐ あまり噛まないで丸のみする



☐ 硬いものを食べない



☐ なかなか飲み込めず口の中にためる



☐ 飲みくせがある



☐ 水やお茶で流し込む



☐ よくむせる



☐ 食べるのが早い



☐ 食べるのが遅い



☐ その他、食べ方で気になることがある

★ 話し方について



☐ 言葉が聞き取りにくいことがある

★ お口のくせなどについて



☐ お口がぽかんと開いていることが多い



☐ 指しゃぶりがあ



☐ おしゃぶりをしている



☐ 爪を噛むくせがある



☐ 舌を出すくせがある



☐ 唇を噛むくせがある



★ そのほか

☐ 扁桃腺の腫れ（扁桃肥大）がある



☐ 睡眠中にいびきをかく

