

年 月 日  
(ano) (mês) (dia)

保護者 各位

Aos senhores pais ou responsável

小・中学校長

Diretor da Escola de Ensino Fundamental

(Shougakko・Chugakko)

### 歯科検査用アンケート (Questionário do exame odontológico)

歯科検診を\_\_月\_\_日に実施します。

(O exame odontológico será realizado na seguinte data: dia mês  
(日) (月)

下記の保健調査を記入し、\_\_月\_\_日までに提出してください。

Por favor, responda o questionário abaixo e entregue para o professor responsável até: dia mês  
(日) (月)

年 組 番 氏名  
(Série) (Turma) (nº) (Nome)

1. つぎの質問の該当するところへ 印をつけてください。

Responda as seguintes questões, circulando as respostas correspondentes.

1	口があきにくいですか。 Tem dificuldade de abrir a boca?	はい (sim) ・ いいえ (não)
2	口をあくときに、あごの関節（耳の前・下）が痛みますか。 Sente dor nas articulações do queixo quando abre a boca?	はい (sim) ・ いいえ (não)
3	口をあけたり、とじたりするときに、あごの関節のところで、ガクンとかゴリゴリとか変な音がしますか。 Sente ou ouve algum barulho estranho nas articulações abaixo da orelha, quando abre ou fecha a boca?	はい (sim) ・ いいえ (não)

2. 検診時、特に見てもらいたい点がありますか。

Tem algo em especial que gostariam de perguntar ou informar ao dentista?

あ る (sim) ・ な い (não)

具体的に (Descreva)

このアンケートは、歯科検診の参考とするものです。検診の結果については「歯および口腔の検査結果について」でお知らせします。(Este questionário servirá como base para o exame odontológico. O resultado do exame será entregue posteriormente)