**แบบสัมภาษณ์การดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และผู้ดูแล (อายุ 20-59 ปี) ในคลินิกเด็กดี 2564**

วันที่..........................

รพ.สต/ รพ.................

ผู้สัมภาษณ์.................

**ส่วนที่ 1. ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก( ณ.วันที่สัมภาษณ์ )**

ชื่อผู้ปกครอง ( )นาย ( )นาง ( )นางสาว..............................อายุ..........ปีความสัมพันธ์กับเด็ก ..........

1.ชื่อเด็ก ด.ช./ด.ญ.............................อายุ ...........ปี..........เดือน รับบริการทันตกรรม ครั้งที่..............

2.ใน 1 สัปดาห์ ท่านตรวจ และทำความสะอาดช่องปากให้เด็ก  ( ) 7 วัน ( ) 5-6 วัน ( ) 1-4 วัน ( ) ไม่เคยเลย

3.เจ้าหน้าที่ แนะนำท่านเรื่องการทำความสะอาดช่องปากเด็ก โดยรูปแบบใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1. เจ้าหน้าที่ให้ความรู้และสาธิตในโมเดล ( ) 2. เจ้าหน้าที่สาธิตให้ดู ( ) 3. ผู้ปกครองฝึกปฏิบัติจริงในช่องปากเด็ก

4.ท่านสามารถทำความสะอาดช่องปากให้เด็กได้หรือไม่ ( ให้ผู้ดูแลเด็กปฏิบัติให้ดู ) ( ) 1.ทำได้ ( ) 2. ทำไม่ได้

**ส่วนที่ 2. ข้อมูลผู้ปกครอง ด้านทันตสุขภาพ**

1. ปัจจุบัน ท่านใช้สิทธิในการรักษาสุขภาพอะไรบ้าง ระบุ ..........................................................

2.ท่านมีโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุหรือไม่ ( ) มีโรค ระบุ ........................................ ( ) ไม่มี

3.ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ของท่านและบุตรหลาน จากช่องทางใด ระบุ........................................

4.ท่านทราบปัญหาสุขภาพช่องปากของท่าน หรือไม่ ( ) ทราบ ระบุโรค .......................................... ( ) ไม่ทราบ

5.ในรอบปีที่ผ่านมา ท่านเคยไปหาหมอฟันบ้างหรือไม่ ( ) ไม่เคยไป เพราะ ...................................................................

( ) เคยไป เพราะ............................................ ระบุสถานที่ ไปหาหมอฟัน ........................................................................

6.ท่านแปรงฟันเวลาใด ( ) ตื่นนอนตอนเช้า ( ) หลังอาหารเช้า ( ) หลังอาหารกลางวัน ( ) ก่อนนอน

7.หลังจากแปรงฟันแล้ว ท่านงดทานอาหาร 2 ชั่วโมง เวลาใดบ้าง ระบุ .......................................................................................

8.ท่านแปรงฟันนานกี่นาที ประมาณ ...........นาที ใช้ยาสีฟันยี่ห้ออะไร ระบุยี่ห้อ ..................................... ( ) ไม่ใช้ยาสีฟัน

9.นอกจากการแปรงฟัน ท่านเคยใช้อุปกรณ์เสริมชนิดใด ช่วยในการทำความสะอาดฟัน ( ) ไม่ใช้

( ) ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ( ) ไหมขัดฟัน ระบุความถี่ ...................วัน / สัปดาห์

( )แปรงซอกฟัน ( )น้ำยาบ้วนปาก ( )ไม้จิ้มฟัน ( )เคี้ยวหมากฝรั่ง ( )อื่นๆระบุ..........

10.เจ้าหน้าที่แนะนำท่าน เรื่องการใช้ไหมขัดฟัน โดยรูปแบบใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

( ) 1.เจ้าหน้าที่ให้ความรู้และสาธิตในโมเดล ( ) 2.เจ้าหน้าที่สาธิตให้ดู ( ) 3.เจ้าหน้าที่ให้ฝึกปฏิบัติจริงในช่องปาก

11.บุคคลในครอบครัว มีใครบ้างที่ใช้ไหมขัดฟัน ( ) มี (ระบุ) .......................... ( ) ไม่มี

12.ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานกี่วันใน 1 สัปดาห์ ( ) 7 วัน ( ) 5-6 วัน ( ) 1-4 วัน ( ) ไม่เคยเลย