**むし歯シミュレーター**

**選択メモ**

年　　　　　組　　　　　番

名前

 選んだものをメモしよう。

１．飲食回数は？

★先生方へ

このシートを各学校でアレンジしてご活用ください。

（この図形と文字は消してください）

２．飲み物や食べ物は？

３．選んだのは何グループの食べ物？

４．食べたら歯みがきする？　しない？

〇　歯のれはどんな感じ？

〇　お口のは多い？　少ない？

〇　健康な歯を保てる？　むし歯になりやすい？

〇　何かを変えた方がいいのかな？　このままでもいいのかな？