

Questionnaire (Chinese)

甲部：子女的飲食習慣

1. 你的子女現在有否用奶瓶含奶或甜味飲品的睡覺習慣？
 有 沒有
2. 你的子女在何時停止使用奶瓶餵奶及其他甜味飲品：
 1 至 12 個月
 13 至 18 個月
 19 至 24 個月
 24 個月後
 其他，請註明：_____
3. 除正餐以外，你的子女平均每天進食多少次？（包括汽水、果汁、零食、糖果、餅乾、水果、甜品等）
 沒有
 1 - 2 次
 3 - 4 次
 5 - 6 次
 7 - 8 次
 9 - 10 次
 10 次以上

乙部：子女的口腔衛生習慣

4. 你的子女何時開始刷牙：
 1 至 12 個月
 13 至 18 個月
 19 至 24 個月
 24 個月後
 其他，請註明：_____
5. 你的子女現時每日刷牙次數：
 不刷牙 間中 每天 1 次 每天 2 次或以上
6. 有沒有旁人協助你的子女刷牙：
 有 沒有
7. 你有否帶子女看過牙醫：
 有，定期檢查 有，不定期 沒有
8. 你的子女有沒有用其他方法清潔口腔？（例如漱口水，牙線）
 有
 沒有

丙部：口腔健康常識

9. 蛀牙的成因是：

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 吃糖太多 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 牙齒不潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 牙蟲侵蛀 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 熱氣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. 防止蛀牙的方法是：

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 服用藥物 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 飲涼茶 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 用含氟素牙膏刷牙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 減少吃糖次數 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. 氟素對牙齒的影響是：

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 沒有影響 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 防止蛀牙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 潔白牙齒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 防止牙周病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. 以下食物會引起蛀牙

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 汽水 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 雪糕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 芝士 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) 花生 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. 牙齒出血的成因是：

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 牙齒不潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 牙肉間中出血是正常的 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. 防止牙周病的方法是：

- | | 是 | 否 | 不知道 |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) 刷牙以保持口腔清潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) 鹽水漱口 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) 定期洗牙 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

丁部：學生資料

15. 學生姓名：_____

16. 性別： 男 女

17. 出生日期：_____年_____月

18. 出生地點： 香港 中國大陸 其他，請註明：_____

19. 聯絡電話：_____ (以便日後跟進工作)

戊部：其他資料

20. 閣下的子女是生長在：

- 單親家庭
- 雙親家庭

21. 閣下的家庭總收入：

- HK \$ 10,000 或以下
- HK \$ 10,001 - 15,000
- HK \$ 15,001 - 20,000
- HK \$ 20,001 - 25,000
- HK \$ 25,001 - 30,000
- HK \$ 30,001 - 35,000
- HK \$ 35,001 或以上

22. 家長的教育程度：

	父	母
小學程度或以下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中學程度及預科	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大專程度 或以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. 你的子女通常是由誰照顧？（請選其一）

- 父母 祖父母 家傭 其他 (如親戚朋友)

~ 多謝 ~

Questionnaire (English)

Part A: Eating Habit of Your Children

1. Is your child currently bottle-fed with milk or sugary drinks before sleeping?
 Yes No

2. When does your child stop bottle-feeding with milk or sugary drinks?
 1 to 12 months old
 13 to 18 months old
 19 to 24 months old
 After 24 months old
 Others, please specify: _____

3. Other than meals, how often does your child snack? (e.g., soft drinks, juice, snack, candy, biscuits, fruits, desserts)
 None
 1 - 2 times
 3 - 4 times
 5 - 6 times
 7 - 8 times
 9 - 10 times
 More than 10 times

Part B: Oral Hygiene Habit of Children

4. When did your child start brushing teeth?
 1 to 12 months old
 13 to 18 months old
 19 to 24 months old
 After 24 months old
 Others, please specify: _____

5. How many times does your child brush everyday?
 Never Seldom Once Two times or more

6. Does anyone assist your child in brushing his/her teeth?
 Yes No

7. Have your child ever seen a dentist?
 Yes, with regular review Yes, without regular review Never

8. Does your child use other aids to clean his/her teeth? (e.g., mouth-rinse, dental floss)
 Yes No

Part C: Oral Health Knowledge

9. The causes of dental decay include:

- | | Yes | No | I don't know |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Too much consumption of candies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Unclean teeth | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tooth worms attack | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) "Hot air" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Preventions of tooth decay include:

- | | Yes | No | I don't know |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Medicine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Herbal tea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Use of fluoridated toothpaste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Decrease frequency of sugar consumption | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Effects of fluoride to teeth include:

- | | Yes | No | I don't know |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) No effect | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Prevent tooth decay | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Tooth whitening | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Prevent periodontal disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Which of the following food can cause tooth decay?

- | | Yes | No | I don't know |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Soft drinks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ice-cream | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cheese | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Peanuts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. The causes of gum bleeding include:

- | | Yes | No | I don't know |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Unclean teeth | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) It is a normal phenomenon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Methods to prevention of periodontal disease include:

- | | Yes | No | I don't know |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Tooth brushing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Saline mouth-rinsing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Regular scaling (professional tooth cleaning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Part D: Student Information

15. Name of Student: _____
16. Gender : M F
17. Date of birth : ____/____/____ (DD / MM / YYYY)
18. Place of birth : Hong Kong China Others, please specify:

19. Contact number : _____ (for follow-ups)

Part E: Other Information

20. Home situation:
 Both parents
 Others
21. Monthly family income:
 HK \$ 10,000 or below
 HK \$ 10,001 - 15,000
 HK \$ 15,001 - 20,000
 HK \$ 20,001 - 25,000
 HK \$ 25,001 - 30,000
 HK \$ 30,001 - 35,000
 HK \$ 35,001 or above
22. Parent education level:
- | | Father | Mother |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Elementary school | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| High school | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Collage or above | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
23. Who usually take care of your child? (Please choose one)
 Parents Grandparents
 Domestic helper Others (e.g., relatives, friends)

~ Thank you ~