

お子様についてうかがいます

カルテ No. / 年 月 日

ふりがな		愛 称		年 月 日	生まれ
お子様のお名前		兄弟姉妹	才	才	才
現住所	〒 - E-mail *スマートフォン・携帯・PC いずれか @				
当院への通院所要時間	TEL (緊急連絡先)				
当院をどこで知りましたか	☐ 知人・家族の紹介 (ご紹介者名 様) ☐ 他の医療機関からの紹介 (病院 / 診療所名) ☐ 看板を見て ☐ ホームページを見て ☐ Instagram を見て ☐ Google ☐ コミを見て				
通院方法	☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ 地下鉄 ☐ バス ☐ 車 ☐ その他 ()				

適切な治療を行うための参考にさせていただきます。お手数ですが下記の事項に☑でお答えください。

1 当院を受診されるのは？ ☐ はじめて ☐ 前に来たことがある _____ ヶ月前・_____ 年位前

2 本日は
どうなさいましたか？
☐ 歯が痛い ☐ 歯ぐきがはれている ☐ むし歯がある
☐ 詰めたものがとれた ☐ 歯並びが気になる ☐ 永久歯が生えてきた
☐ フッ素塗布 ☐ むし歯予防処置 (シーラント)
☐ その他 ()

3 いままで歯の治療を
したことがありますか？
☐ ない ☐ ある
☐ フッ素塗布のみある
1) その時どのようにふるまいましたか？
☐ 協力的 ☐ 泣いた ☐ 暴れた
2) 歯の麻酔の経験がありますか？
☐ はい ☐ いいえ ☐ わからない
3) 初めてむし歯に気が付いたのはいつ頃ですか？
4) いままで歯が痛くて眠れないことがありましたか？
☐ ある ☐ ない

4 治療を受けるにあたって
心配な点はありますか？
☐ いいえ ☐ はい
1) 特異体質やアレルギーがある
☐ ぜん息 ☐ アトピー
☐ アレルギー
薬・食べ物 ()
☐ その他 ()
2) 情緒的な問題 ☐ 発達の遅れ ☐ 学習障害 ☐ 多動症
☐ その他 ()

裏面もご記入ください。

5 今までに次のような病気を
したことがありますか？
☐ てんかん ☐ けいれん ☐ 肺炎 ☐ 腎臓の病気 ☐ 心臓の病気
☐ 血液の病気 ☐ 肝臓の病気 (☐ B型肝炎 ☐ C型肝炎 ☐ その他)
☐ その他 ()

6 お子様は現在、
他科(小児科等)のお医者さん
にかかっていますか？

病院名：
病名：

7 薬は飲んでいますか？ ☐ いいえ ☐ はい (薬名：)

8 次のような“くせ”が
ありますか？
☐ ない ☐ ある ☐ 爪をかむ ☐ 指しゃぶり ☐ 唇を吸う
☐ 唇をかむ ☐ 歯ぎしり
☐ その他 ()

9 間食はどんなものを
食べることが多いですか？
☐ アメ ☐ ガム ☐ チョコ ☐ ケーキ ☐ クッキー ☐ キャラメル
☐ おせんべい類 ☐ スポーツドリンク ☐ ジュース ☐ 果物類
☐ その他 ()

10 間食はいつ、
どのように与えますか？
1) 時間は ☐ 時間を決めて
☐ 欲しがる時に
☐ その他 ()
2) ジュース等は ☐ コップで与える
☐ 哺乳びんで与える
☐ その他 ()

11 歯磨きはどのように
されていますか？
☐ 子供が一人で磨いている
☐ 保護者が磨いてあげている
(保護者：☐ 父 ☐ 母 ☐ おじいちゃん ☐ おばあちゃん ☐ その他)

12 シーラント(むし歯予防処置)の
経験はありますか？ ☐ ない ☐ ある

13 歯磨きはいつしますか？ 1日 () 回 / 1回 () 分程度

その他、お子様の性格や好きなものなど、先生に伝えておきたいことがあればご記載ください！

例) アンパンマンが好き、内向的、歯医者さんは初めてで怖がっています、等。ご自由にお書きください。

ご記入いただき、ありがとうございました。
これは院内資料としてのみ使用しますのでご安心ください。



医療法人社団 秀英会
こばやし歯科医院