

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			才	ヶ月 (男・女)	体重	Kg
		兄弟姉妹	才	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 しましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者名 様) <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名) <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> ホームページをみて <input type="checkbox"/>					
通院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 永久歯が生えてきた <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> むし歯予防処置 (シーラント) <input type="checkbox"/> その他
③ いままで歯の治療をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた 2) 歯の麻酔の経験がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
④ 治療を受けるにあたって心配な点がありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	1) 特異体質やアレルギーがある (<input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー 薬・食べ物 _____ <input type="checkbox"/> その他 _____) 2) 情緒的な問題 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 多動症 <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気(<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬名： _____)
⑧次のような“くせ”がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 唇を吸う <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> その他 _____
⑨間食はどんな物を食べる人が多いですか？	<input type="checkbox"/> アメ <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> チョコ <input type="checkbox"/> ケーキ <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> キャラメル <input type="checkbox"/> おせんべい類 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他 _____
⑩間食はいつ、どのように与えますか？	1) 時間は <input type="checkbox"/> 時間を決めて <input type="checkbox"/> 欲しがる時に <input type="checkbox"/> その他 2) ジュース等は <input type="checkbox"/> コップで与える <input type="checkbox"/> 哺乳びんで与える <input type="checkbox"/> その他
⑪歯磨きはどのようにされていますか？	<input type="checkbox"/> 子供が一人で磨いている <input type="checkbox"/> 保護者が磨いてあげている (保護者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おじいちゃん <input type="checkbox"/> おばあちゃん <input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑬歯の治療についてご希望や、歯科医に伝えたいことがありましたらご記入下さい。	

ご協力ありがとうございました。



医療法人社団 秀英会
こばやし歯科医院