

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 | | |
| お子様のお名前 | | | 才 ヶ月 (男・女) 体重 Kg | | |
| | | 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 | 通院方法 | T E L (緊急連絡先) | | | |
| 当院をどこで知りましたか | <input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者名 _____ 様 ※ご紹介カード 有・無) <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 (病院/診療所名 _____) <input type="checkbox"/> 地下鉄広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 区役所の広告を見て <input type="checkbox"/> ポスティングハガキを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> ネット検索を見て (_____) <input type="checkbox"/> SNSを見て (YouTube・LINE・Instagram・その他) <input type="checkbox"/> まんまる新聞を見て <input type="checkbox"/> 女性に役立つメディカルガイドを見て <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |
| 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□でお答え下さい。

| | |
|---|--|
| 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"/> 永久歯がはえてきた <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) 歯の麻酔の経験はありますか <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つ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？ | 1) 特異体質やアレルギーがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 喘息 <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。▶

| | |
|---|---|
| <p>⑤今までに次のような病気をしたことがありますか？</p> | <p><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</p> |
| <p>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？</p> | <p>病院名：</p> |
| <p>⑦薬は飲んでいますか？</p> | <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (薬名：)</p> |
| <p>⑧次のような“くせ”がありますか？</p> | <p><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</p> |
| <p>⑨間食はどんな物を食べる人が多いですか？</p> | <p><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</p> |
| <p>⑩間食はいつ、どのように与えますか？</p> | <p>1) 時間は <input type="checkbox"/>時間をきめて <input type="checkbox"/>ほしがる時間に <input type="checkbox"/>その他</p> <p>2) ジュース等は <input type="checkbox"/>コップで与える <input type="checkbox"/>ほ乳びんで与える <input type="checkbox"/>その他</p> |
| <p>⑪歯みがきはどのようにされていますか？</p> | <p><input type="checkbox"/>子供が一人でみがいている <input type="checkbox"/>保護者がみがいてあげている (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) <input type="checkbox"/>子供がみがいた後に保護者が仕上げみがきをしている</p> |
| <p>⑫シーラント(むし歯予防処置)の経験はありますか？</p> | <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある</p> |
| <p>⑬歯の治療についてご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらご記入下さい。</p> | |

ご協力ありがとうございました。