

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"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> ポスティングハガキを見て <input type="checkbox"/> タウンページ・iタウンページを見て <input type="checkbox"/> ホームページを見て <input type="checkbox"/> Facebookを見て <input type="checkbox"/> Qlife病院検索サイトを見て <input type="checkbox"/> 雑誌を見て <input type="checkbox"/> その他 ()				
通院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> JR・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 ^や 病んでいる。 <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。