

お子様の健康記録

フリガナ
患者氏名: _____ 年齢: 満 才 ヲ月(平・令 年 月 日) _____ 男・女 _____

住所: 〒 _____ 電話: _____

保護者の職業: _____ 勤め先名称: _____ 電話: _____

通院所要時間: _____ 学校名(幼稚園名): _____

| ご家族 | 年齢 | 現在の虫歯の状態 | 現在の歯並びの状態 | 現在の健康状態 | 歯磨きは |
|------|----|-----------|-------------------|-------------|-------|
| お父さん | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| お母さん | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| 兄弟姉妹 | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |
| | | 多い・少ない・ない | 良い・悪い(出っ歯・反対・乱ぐい) | 健康・病氣中(病名) | 朝・昼・夜 |

1 来院の動機(○で囲んでください)

虫歯がある・歯が痛い・歯ぐきが腫れている・膿がでる・歯並びが悪い
フッ素を塗りたい・その他()

近所で聞く・学校で聞く・患者さんの紹介(氏名:)

歯科医師(医師)の紹介(医師名:)・その他()

2 お子さんの発育状態と出産

妊娠中のつわりの状態

時期: _____ ヲ月頃 期間 _____ 程度: 強い・普通・軽度・無

妊娠中の食欲は: 良い・普通・悪い

嫌いで食べなかったもの _____

好んで食べたもの _____

妊娠中の事故または病氣: 疾患名または事故名 _____ 妊娠 _____ ヲ月 期間 _____

その時何か薬を飲みましたか: はい・いいえ 薬品名 _____ 飲んだ期間 _____

妊娠何ヶ月で生まれましたか: _____ ヲ月 出世時体重: _____ ｸﾞﾗ

分娩の状態: 安産・難産(正常分娩・鉗子分娩・吸引分娩・帝王切開)・その他()

哺乳の状態: 母乳・人工乳・混合乳(母乳主体・人工乳主体)

哺乳は時間制ですか: 自由・時間制

完全に離乳したのは何ヶ月ですか: 生後 _____ ヲ月

初めて歯が生えたのは何ヶ月ですか: 生後 _____ ヲ月・はっきりわからない

3 お子さんはかつて抗生物質を飲んだり、注射したことがありますか: ある・ない

また歯医者さんで口の中に注射をしたことがありますか: ある・ない 薬品名 _____

4 薬を飲んだり、注射をして気持ちが悪くなったり、湿疹ができたことがありますか: はい・いいえ

薬品名 _____

5 お子さんは以前、血が止まりにくかったことがありますか: はい・いいえ

6 次に挙げる病気にかかったことがありますか、あれば何才頃ですか

| | | | |
|-------|-----|---------|-----|
| 心臓疾患 | () | アレルギー疾患 | () |
| 呼吸器疾患 | () | 胃腸疾患 | () |
| 腎臓疾患 | () | 痙攣 | () |
| 血液疾患 | () | その他 | () |

7 現在、お子さんの健康状態はいかがですか: 健康 ・ 病氣中

8 現在、お子さんは他のお医者さんにかかっていますか: はい ・ いいえ

病院名: _____ 病名: _____

住所: _____ 電話: _____

9 次に挙げる性格のうち、お子さんに該当する事項がありましたら○で囲んでください

ききわけが良い ・ 反抗的 友達付き合いが良い ・ 悪い 勇気がある ・ 恐怖心が強い

落ち着きがある ・ あわてる おとなしい ・ 乱暴 気が強い ・ 泣き虫

10 お子さんの癖: ある ・ ない

指をしゃぶる ・ 口唇を吸う ・ 口唇をかむ ・ 頬杖をつく ・ 舌をかむ ・ 爪をかむ

歯ぎしりをする ・ 口で呼吸をする ・ 寝癖(横 ・ うつぶせ)がある ・ ()をかむ

その他()

11 お子様の睡眠時間: 約 _____ 時間

12 間食は主にどんな物を与えますか: 自由 ・ 時間制

食べ物: アメ・ビスケット・せんべい・チョコレート・ガム・その他() 1日 _____ 回位

飲み物: ジュース・コーラ・サイダー・カルピス・ヤクルト・スポーツドリンク・牛乳・お茶・その他()

飲み方: 哺乳瓶 ・ コップ ・ その他() 1日 _____ 回位

13 食べ物の好き嫌いはありますか: ある ・ ない

嫌いな食べ物: _____

14 1日何回歯を磨きますか: 0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 回 朝 ・ 昼 ・ 夜 _____ 分

何で磨きますか: 歯ブラシ 電動歯ブラシ フロス その他()

誰と磨きますか: 1人で ・ お母さんと(介助で) ・ 兄弟(姉妹)と ・ その他()

15 以前、歯医者さんにかかったことがありますか: ある ・ ない 何才頃ですか: _____ 才頃

16 フッ素を歯に塗布したことがありますか: ある ・ ない いつ頃ですか: _____ 頃

17 治療の前に受けた注意は守れますか: 守れる ・ 守れない

お子さんの治療には、保険の範囲内で行うことのできない内容もありますので、担当医師とご相談ください。

以上の調査について間違いはありません

記入者氏名

本人との関係

ご希望の点がありましたら、余白にご記入ください。