

# お子様健康シート

記入年月日 年 月 日

ふりがな	愛称(例：まーくん)		
お名前	生年月日	年	月 日( 歳)
身長：	センチ	/体重：	キロ/ 体温(平熱) 度
住所 〒			
TEL	-	-	/緊急時 TEL - -
通院可能な曜日/時間帯	月	火	水 木 金 土 / 時~ 時頃
お父さんの氏名	年齢	歳	現在の虫歯の状態：多・少・なし
お母さんの氏名	年齢	歳	現在の虫歯の状態：多・少・なし

## ■当院をどのようにお知りになりましたか？

- ・知り合いの紹介(ご紹介者 様) ・看板を見て
- ・広告を見て(どちらの広告ですか?) )
- ・他の医院からの紹介( )
- ・他の歯科医院からの紹介( )
- ・近所、通り道だから ・その他( )
- ・ホームページを見て

## ■来院された理由

- ・検診してほしい ・歯が痛い ・歯ぐきが腫れている ・虫歯がある
- ・歯がぐらぐらしている ・つめもの、かぶせものが取れた
- ・歯並びをなおしたい ・PMTC(クリーニング)をしてほしい
- ・全体的な歯の相談をしたい ・その他( )

## ■現在、全身的な病気はありますか？

- ・はい ( 病名： 病院名： )  
 ( 科目(何科にかかっているか)： )  
 ( 担当医師名： )
- ・いいえ

## ■現在または過去に、精神発達障害や自閉症などの診断、又は傾向を指摘されたことはありますか？

- ・はい ( 病名： 病院名： )  
 ( 科目(何科にかかっているか)： )  
 ( 担当医師名： )
- ・いいえ

## ■過去に大きな病気やケガをしましたか？

- ・はい(いつどのような?) )  
 →それは完治していますか？(はい・いいえ)
- ・いいえ

■アレルギーはありますか？

- ・はい(どのような？ )
- ・いいえ

■今までに歯科で治療した経験がありますか？ はい/いいえ

■歯科で麻酔の経験がありますか？

- ・はい (その際、気分が悪くなったり、湿疹がでたり、血がとまらない事がありましたか？ あった/なかった)
- ・いいえ

■現在のお子さまの体調はいかがですか？

- ・良好
- ・普通
- ・悪い

■現在服用しているお薬はありますか？

- ・ない
- ・ある( )

■お子さまの性格についてあてはまるもの全てに○をつけてください。

- ・神経質
- ・人見知りする
- ・恐怖心が強い
- ・活発である
- ・あきっぽい
- ・積極的
- ・恥ずかしがり屋
- ・わがまま
- ・聞き分けが良い
- ・おとなしい
- ・その他

■お口に関する癖について

- ・指をしゃぶる : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・爪を咬む : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・唇を咬む/吸う : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・頬づえをつく : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・歯ぎしりをする : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・いびきをかく : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・いつも口が開いている : 現在ある/過去にあった ( 歳頃)
- ・その他

■ご家族、ご親戚の方で来院された方はいらっしゃいますか？

- ・いる (お名前 )
- ・いない

■ご家族 (同居) の方で喫煙者はいらっしゃいますか？

- ・いる (父・母・祖父・祖母・その他 )
- ・いない

■治療についての希望

- ・痛い所だけを治したい
- ・悪い所はすべて治したい
- ・悪くならないよう予防したい

■その他、連絡事項やご要望があれば、ご記入ください。