

お子様の健康調査表

記入日 年 月 日 記入者 続柄

フリガナ		男	生年月日	(満 歳)
お名前		女	平成	年 月 日生まれ
ご住所	〒	学校 (保育園・幼稚園) 名		お電話番号 () 携帯電話 (緊急連絡先として) ()
保護者				____ 学年 年長・年中・年少

今までに歯医者にかかったことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
そのとき、お子様の様子は?	<input type="checkbox"/> 嫌がらなかった <input type="checkbox"/> 嫌がったが治療はさせた <input type="checkbox"/> 治療させなかった
今までに大きな病気にかかったことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____ いつ頃: _____ 歳 ヶ月)
現在他のお医者さんにかかっていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名: _____ 薬名: _____)
お子様の体質について	<input type="checkbox"/> アトピー性アレルギーがある <input type="checkbox"/> じんましん、湿疹がでる <input type="checkbox"/> 薬の副作用が出たことがある (いつ頃 _____ 何の病気で _____) <input type="checkbox"/> けがなどのとき出血しやすい <input type="checkbox"/> その他注意してほしい全身状態 (_____)
本日来院されたのは	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> その他 (_____)
むし歯の予防措置を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

その他お子様のことで知ってほしいことや私たちに希望することがあればお書きください

お子様の歯をむし歯や歯周病から守るためには、早期発見早期治療が大切です。当院ではそのために、ご希望の患者様には定期的な健診システム（リコール）を行っております。

リコールを希望しない リコールを希望する

当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介 (ご紹介者様名: _____) <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> かかりつけ <input type="checkbox"/> 他科に通院時に <input type="checkbox"/> ホームページを見て (PC・スマホ) (Yahoo!、Google、エキテン、その他) <input type="checkbox"/> チラシなど <input type="checkbox"/> 近いから <input type="checkbox"/> その他 (_____)
---------------	--