お子さまの健康調査表

記入日　　年　　月　　日　　記入者　　続柄

フリガナ		
お名前	男 女	年　月　日生まれ
ご住所	〒	TEL.
保護者		ご連絡先
学校（保育園・幼稚園）名		

■今まで歯医者にかかったことはありますか？

□はい　□いいえ

■そのときのお子さんの様子は？

□嫌がらなかった　□嫌がったが治療はさせた　□治療させなかった

■今まで大きな病気にかっかったことがありますか？

□いいえ　□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？

□いいえ　□はい（病名：　薬名　）

■お子さんの体質について

□アトピー性アレルギーがある

□じんましん、湿疹がでる

□薬の副作用が出たことがある　（いつ頃　何の病気で　）

□けがなどのとき出血しやすい

□その他注意してほしい全身状態（　）

■本日来院されたのは

□歯が痛い　□ムシ歯がある　□歯ぐきが腫れている

□その他（　）

■ムシ歯の予防処置を

□希望する　□希望しない

■その他お子さんのことで知っておいてほしいことや、私たちに希望することがあればお書きください。

（　）

■お子さんの歯をムシ歯や歯周病から守るには、早期発見早期治療が大切です。当医院ではそのために、ご希望の患者さんには定期的な検診システム（リコール）を行っています。

□リコールを希望しない　□リコールを希望する

どのように当院をお知りになりましたか？

□他科に通院時に　□看板を見た　□紹介された（紹介者名：　）

□チラシ　□ホームページ　□その他（　）