

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"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (診療内容 _____)
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 力月)
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教えてください	<input type="checkbox"/> アトピー性アレルギーがある <input type="checkbox"/> 卵・牛乳アレルギーがある <input type="checkbox"/> 蕁麻疹、湿疹がしやすい <input type="checkbox"/> 薬の副作用が出たことがある (いつ頃 _____ 薬品名 _____) <input type="checkbox"/> 怪我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"/> 歯茎が腫れている <input type="checkbox"/> 折れた・欠けた <input type="checkbox"/> 歯並び相談をしたい <input type="checkbox"/> 矯正を始めたい <input type="checkbox"/> 学校検診で用紙をもらった
治療後のむし歯の予防措置を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 内容が知りたい
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 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>当院では小学生までのお子様にはアニメを観ながらの診療をさせていただいております。 又、上手に診療を行えた小学生までのお子様にはごほうびがあるので楽しみに♪</p> </div>	
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、検診月の前月に検診のお知らせのおハガキをお送り致します。 ※ご希望があれば定期検診以外にクリーニングのお約束を承りますので、担当者や受付にご相談下さい。	
<input type="checkbox"/> 定期検診を希望しない <input type="checkbox"/> 定期検診を希望する	
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 他科通院時に見つけて <input type="checkbox"/> 看板をみて <input type="checkbox"/> スマホサイトを見て <input type="checkbox"/> パソコンサイトを見て <input type="checkbox"/> 家の近く <input type="checkbox"/> 職場の近く <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 家族・兄弟が通っている (患者様名 _____)