

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・令和 | 年 月 日生まれ |
| ご住所 | 〒 | お電話番号 () 携帯電話(緊急連絡先として) () | | |
| 保護者 | | 学校 (保育園・幼稚園)名 | | ______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 |
| <p>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</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"> <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お楽しみに♪</p> </div> | |
| <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/>定期検診を希望する <input type="checkbox"/>定期検診を希望しない</p> | |
| 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) |

※2 枚目(歯と口の治療管理)は枠内のみご記入をお願いします

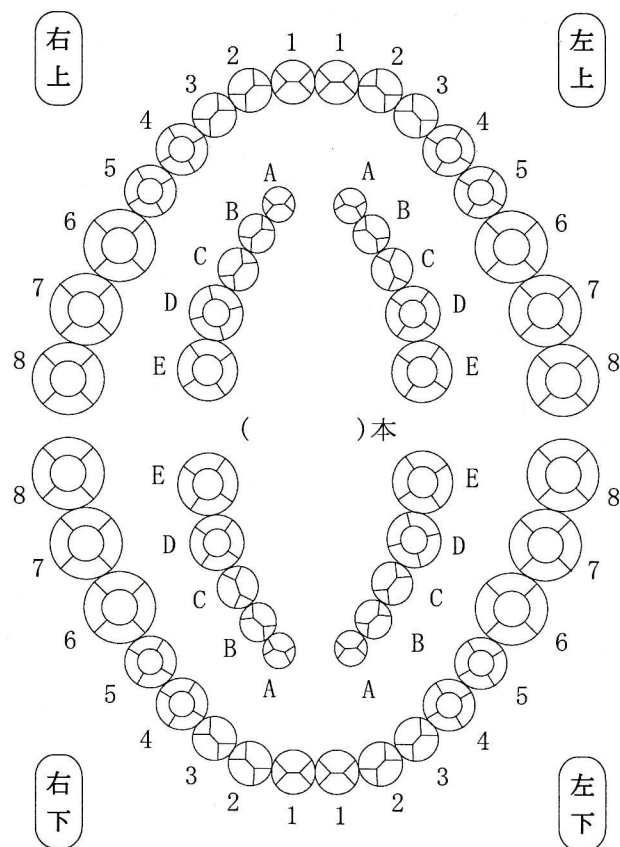


医療法人社団 貴翔会
マリン歯科クリニック

歯と口の治療管理

(患者さんへ) あなたの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めます。継続的な管理と指導を受けられる方は、太枠内の必要事項をご記入ください。検査結果と治療の予定をご説明いたします。ご質問がありましたら、いつでもお申し出ください。

| | |
|--|--|
| お名前 | 年 月 日 |
| ○次のことについてお伺いします。(□にチェック、または該当するものに○を) | |
| 1. お口のお手入れについて | |
| ・ 歯磨きをする時は | <input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕) <input type="checkbox"/> 就寝前 |
| ・ 1回の時間は | ()分くらい |
| ・ 歯ブラシ以外の清掃用品は | <input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 |
| 2. 喫煙習慣 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり | |
| 3. 睡眠時間 約()時間 | |
| 4. 食生活習慣について | |
| ・ 習慣的飲料物 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() |
| ・ 間食の取り方 | <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 規則正しい <input type="checkbox"/> あまりしない |
| 5. 現在治療中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(心臓病・肝炎・糖尿病・高血圧症・その他) | |
| 6. 薬を飲んでいますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬名) | |



○歯・歯肉の状態・検査結果

- ・ プラークや歯石の付着(||||| 部) なし あり
- ・ 歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) なし あり
- ・ 歯の動揺 なし あり
- ・ 歯周ポケット(4mm以上) なし あり

○歯や口の状態と全身の健康

- よく噛むことと肥満予防
- 歯周病と糖尿病、心臓病
- その他()

○治療予定

- むし歯(つめる・冠・根の治療)
- 歯肉炎・歯周病の治療 義歯・ブリッジ
- その他()

○次のことに気をつけてください

- 喫煙
- 食生活習慣()
- 歯磨きの仕方(歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ)