

お子様についてうかがいます。

カルテNo. / 年 月 日

ふりがな		愛称	年 月 日生		
お子様のお名前			才 ヶ月(男・女) 体重 Kg		
		兄弟姉妹	才	才	才
現住所	□□□□□□□□		E-mail ※スマートフォン・携帯・PCいずれか @		
当院への通院所要時間	通院方法	T E L (緊急連絡先)			
当院をどこで知りましたか	<input type="checkbox"/> 知人・家族の紹介(ご紹介者名 様) <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介(病院/診療所名) <input type="checkbox"/> 地下鉄広告を見て <input type="checkbox"/> 看板を見て <input type="checkbox"/> 区役所の広告を見て <input type="checkbox"/> ポスティングハガキを見て <input type="checkbox"/> ネット検索を見て() <input type="checkbox"/> SNSを見て(YouTube・LINE・Instagram・その他) <input type="checkbox"/> まんまる新聞を見て <input type="checkbox"/> 雑誌を見て(女性に役立つメディカルガイド・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
ご予約方法を教えてください	<input type="checkbox"/> 電話予約 <input type="checkbox"/> Web予約 <input type="checkbox"/> その他()				
通院方法	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 地下鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他()				

適切な治療を行うための参考にさせていただきます。お手数ですが下記の事項に☑でお答え下さい。

①当院を受診されるのは？	<input type="checkbox"/> はじめて <input type="checkbox"/> 前に来たことがある ____ヶ月前・____年位前
②本日は、どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 歯が痛い <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている <input type="checkbox"/> むし歯がある <input type="checkbox"/> つめたものがとれた <input type="checkbox"/> 歯並びが気になる <input type="checkbox"/> 永久歯がはえてきた <input type="checkbox"/> フッ素塗布 <input type="checkbox"/> むし歯予防処置(シーラント) <input type="checkbox"/> その他
③いままで歯の治療をしたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> フッ素塗布のみある	1) その時どのようにふるまいましたか <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 泣いた <input type="checkbox"/> 暴れた
	2) 歯の麻酔の経験はありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
	3) 初めてむし歯に気がついたのはいつ頃ですか ()
	4) いままで歯が痛くて眠れないことがありましたか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
④治療を受けるにあたって心配な点がありますか？	1) 特異体質やアレルギーがある <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー 薬・食べ物 <input type="checkbox"/> その他
	2) 情緒的な問題 <input type="checkbox"/> 発達の遅れ <input type="checkbox"/> 学習障害 <input type="checkbox"/> 多動症 <input type="checkbox"/> その他

裏面もご記入ください。▶

⑤今までに次のような病気をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> その他
⑥お子様は現在、他科（小児科等）のお医者さんにかかっていますか？	病院名：
⑦薬は飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬名： _____)
⑧次のような“くせ”がありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 爪をかむ <input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> 唇を吸う <input type="checkbox"/> 唇をかむ <input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> その他
⑨間食はどんな物を食べる人が多いですか？	<input type="checkbox"/> アメ <input type="checkbox"/> ガム <input type="checkbox"/> チョコ <input type="checkbox"/> ケーキ <input type="checkbox"/> クッキー <input type="checkbox"/> キャラメル <input type="checkbox"/> おせんべい類 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 果物類 <input type="checkbox"/> その他
⑩間食はいつ、どのように与えますか？	1) 時間は <input type="checkbox"/> 時間をきめて <input type="checkbox"/> ほしがる時間に <input type="checkbox"/> その他 2) ジュース等は <input type="checkbox"/> コップで与える <input type="checkbox"/> ほ乳びんで与える <input type="checkbox"/> その他
⑪歯みがきはどのようにされていますか？	<input type="checkbox"/> 子供が一人でみがいている <input type="checkbox"/> 保護者がみがいてあげている (保護者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おじいちゃん <input type="checkbox"/> おばあちゃん <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 子供がみがいた後に保護者が仕上げみがきをしている
⑫シーラント(むし歯予防処置)の経験はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
⑬歯の治療についてご希望や、歯科医に伝えたいことなどがありましたらご記入下さい。	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。