

# お子様の健康記録

記載日 平成 年 月 日

ふりがな	生年月日 平成 年 月 日
氏名	年齢(満 才 ヶ月) 性別 男・女
	身長 cm 体重 kg 体温(平熱) 度 (身長について 現在伸びている・伸びるピークは終わった)
〒	
住所	
自宅番号 ( )	携帯番号 ( )
通院可能な曜日及び時間帯 月・火・水・木・金・土 ( 時~ 時)	
お父さん氏名;	年齢 才 現在の虫歯の状態:多い・少ない・なし
お母さん氏名;	年齢 才 現在の虫歯の状態:多い・少ない・なし

以下の質問にできるだけ正確にお答えください。 該当する箇所につけてください。

- 1 どうなさいましたか?

  - ・検診してほしい ・フッ素塗布 ・歯の清掃 ・虫歯の治療 ・詰め物が取れた ・矯正希望
  - ・その他( )
- 2 現在お痛みですか?

  - ・冷たいものがしみる ・物がつまる ・熱いものがしみる ・歯肉から出血する
  - ・ズキズキ痛い ・歯肉が時々腫れる ・深夜に痛くなる ・噛むと痛い
  - ・その他( )
- 3 お子様はかつてペニシリンその他抗生物質の治療を受けたことがありますか? ある ない
- 4 薬を飲んだり注射をして、気持ち悪くなったり、湿疹が出たことはありますか? ある ない
- 5 その他、アレルギーはありますか? ある ない

何に対して どんな症状
- 6 麻酔の注射をして歯を抜いたことはありますか? ある ない

その時何か異常はありませんでしたか?

  - ・特に異常なし ・気分が悪くなった ・血が止まらない ・麻酔が効かない
- 7 現在お子様の健康状態はいかがですか? 良好 普通 不良
- 8 現在お子様は他のお医者さんにかかっていますか? いる いない

医院名 住所

どんな病気? ( )

現在の服用薬
- 9 次の病気にかかったことはありますか? あれば何歳頃ですか?

病名 (年齢)	病名 (年齢)	病名 (年齢)
心臓疾患 ( )	血液疾患 ( )	麻疹 ( )
呼吸器疾患 ( )	糖尿病 ( )	その他 ( )
胃腸疾患 ( )	自家中毒 ( )	
腎臓疾患 ( )	リウマチ熱 ( )	

