お子様の健康記録

記載日　　年　　月　　日

ふりがな 氏名	生年月日 平成　　年　　月　　日 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； お母さん氏名；	年齢　　才　現在の虫歯の状態：多い・少ない・なし 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○をつけてください。

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

どんな病気で？　　TEL　(　　)

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	(　)		

10　お子様の出産、発育状態

・妊娠何ヶ月で出産しましたか？　＿＿＿＿＿＿ヶ月

・妊娠中の病気または事故名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿妊娠＿＿＿＿＿ヶ月　期間＿＿＿＿＿＿＿

・哺乳状態　母乳　人工乳　混合乳

・哺乳は時間制でしたか？　時間制　自由

・離乳したのは何ヶ月ですか？　＿＿＿＿＿＿ヶ月

・初めて歯が生えたのは何ヶ月目ですか？　＿＿＿＿＿＿＿ヶ月　はっきり分からない

11　次にあげるお子様の性格のうち、該当する項目がありましたら〇印で囲んでください。

・聞き分けが良い・反抗的　・友達付き合いが良い・悪い

・勇気がある・恐怖心が強い　・落ち着きがある・あわてる

・おとなしい・乱暴　・気が強い・泣き虫

12　お子様の習癖　ある　ない

・指をくわえる　・唇を吸う　・唇を噛む　・爪を噛む

・頬づえをつく(右・左)　・歯ぎしりをする　・いびきをかく　・口で呼吸をする

・舌の癖がある(上下の歯の間に舌を入れ込む、舌を噛むなど)

※それらの症状はどのようなときに見られますか？(いつ、どのくらいの時間など)

分かる範囲で結構です。

(　　)

13　姿勢について(思い当たる範囲で結構です)

・座った時の姿勢

・　寝ている時の体勢　うつぶせ　あおむけ　右向き　左向き

14　以前歯医者さんにかかったことはありますか？　ある　ない

(あると答えた方)

・虫歯治療　・・・時期　　年　　月

・虫歯予防処置(シーラント・フッ素塗布・歯磨き指導)　・・・時期　　年　　月

・矯正治療もしくは相談　・・・時期　　年　　月

15　１日何回歯を磨きますか？　０回　１回　２回　３回　４回以上

16　仕上げ磨きを行っていますか？　する　しない

17　お子様に歯磨きの指導を希望されますか？　希望する　しなくて良い

18　診療についての要望・希望

(　　)