



健康記録カード



No. 1

カルテ No. _____

初診日 平成 年 月 日

お子様のよりよい診療を行うために参考にいたしますので、できるだけ正確にご記入下さい。

受診者	フリガナ	-----	男・女	愛称	満()才()ヶ月 S・H 年 月 日生 第 子	学校名・園名
	氏名					
住所	〒					現在体重
	自宅TEL ----- 携帯 -----					kg
家族構成 (同居者すべて)	氏名	年齢	続柄	職業(パート)	現在の健康状態	出産予定(有・無) 年 月
	1.					特記事項
	2.					
	3.					
	4.					
5.						
当院を受診されたことのある ご家族の方はおられますか			<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄(姉) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 弟(妹) ()		

1. 来院理由(どうされましたか)

- ムシ歯
- ※ 痛みがある 腫れている → いつ頃()日前 どのように _____
- 外傷 けが → ()日 _____時 _____分頃 どのように _____
- ※上記の場所は 上右 上前 上左
下右 下前 下左

- 健診で指摘 お子様のお口の点検 学校、幼稚園、保育園 で
- 予防(フッ素塗布、シーラント、歯ミガキ指導、フロス指導)
- 歯並び(はえかたの異常、矯正相談)
- その他

2. 病歴

- 今までに大きな病気をした事がありますか
いいえ はい ()才頃: 病名 ()
- 現在病気にかかっていますか
いいえ はい (病名 ())
- かかりつけの医院名 () () 医院)

—裏面もあります—

○現在、次の病気にかかっている場合は◎、以前にかかったことがあれば○をつけて下さい
それは（ ）才かを記入して下さい。

心臓病	結核	血液性疾患	ぜんそく	水ぼうそう
じんま疹	糖尿病	黄だん	自家中毒	耳下腺炎
腎臓病	蓄膿症	風疹	はしか	中耳炎
肝臓病（肝炎）	てんかん（ひきつけ）	発達遅延		
アトピー性皮膚炎（軽・重）	その他			
アレルギー（特異体質）				
{ 薬	（歯科麻酔の注射	その他		）
{ 食物	（卵 魚貝類	その他		）

3. 歯の治療に関して

- 当院をどこで知られましたか（複数解答可）
看板 電話帳 紹介（紹介者名： _____）インターネット
- 歯の治療経験 なし あり（ _____ 才頃）
- 歯の治療時何か異常がありましたか なし あり（ _____ ）
- 歯の治療を受けるに当たって
じょうずに受けられると思う 少し怖がり 恐怖心が強い わからない
- 診療について
保険範囲内 保険のきかない所は自費でもよい 歯科医と相談の上決めたい
悪い所は全部治したい 今傷んでいる歯だけでよい

4. お子様の出産、発育について

- お母さんの妊娠中の病気または事故 なし あり（病名 _____ :妊娠 _____ ヶ月頃）
- 授乳の状態 母乳 混合栄養 人口栄養
- お産の状態 正常 その他（ _____ ）
- 哺乳ビンの使用 { 使用していた（お茶・ミルク以外の内容物： _____ ）
使用していない
現在、使用中（お茶・ミルク以外の内容物： _____ ）
- 卒乳時期 _____ 才 _____ ヶ月

5. お子様の癖について、あれば◎、以前にあれば○をつけて下さい

- 指を吸う 唇を吸う 唇をかむ 歯ぎしり 舌をかむ 爪をかむ
その他をかむ（タオル、毛布等）
- 必要以上に舌を動かす又は歯を舌で押す いつまでも食べ物を口の中に入れている
- ゴム乳首常用 おしゃぶり 口を開いて息をする その他（ _____ ）

6. 食べ物について

- 好きなおやつ _____ ○お茶、ミルク以外の主に飲む飲物 _____
- 嫌いな食べ物 _____
- 間食は 決めていない 時間を決めている→1日（ _____ ）回

7. 歯磨きについて

- 歯を1日に何回磨きますか（ _____ ）回 ○それはいつですか（朝食前、朝食後、昼、夜、毎食後）
- 誰が磨きますか（本人、親、その他 _____ ）
- デンタルフロスはご存知ですか（はい、いいえ） → 現在使用していますか（はい、いいえ）
- フッ素塗布の経験はありますか（はい、いいえ） → （ _____ ）回

8. その他、歯科医に伝えておきたい事がありましたらお書き下さい