印　刷

本日の日付を挿入

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	□ 知人・家族の紹介（ご紹介者名　様） □ 他の医療機関からの紹介（病院／診療所名　） □ 地下鉄広告を見て　□ 看板を見て　□ ポスティングハガキを□て □ ネット検索を見て（　）　□ SNSを見て（YouTube・LINE・Instagram・その他） □ まんまる新聞を見て　□ 雑誌を見て（　）　□ その他（　）		
ご予約方法を教えてください	□ 電話予約　□ Web予約　□ その他（　）		
通院方法	□ 徒歩　□ 自転車　□ 地下鉄　□ バス　□ 車　□ 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？	□はじめて　□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？	□歯が痛い　□歯ぐきがはれている　□むし歯がある □つめたものがとれた　□歯並びが気になる　□永久歯がはえてきた □フッ素塗布　□むし歯予防処置（シーラント） □その他 ……
③いままで歯の治療をしたことがありますか？ □ない　□ある □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 □協力的　□泣いた　□暴れた
	2）歯の麻酔の経験はありますか □はい　□いいえ　□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　□ある　□ない
④治療を受けるにあたって心配な点はありますか？	1）特異体質やアレルギーがある □いいえ　□はい （□喘息　□アトピー □アレルギー 薬・食べ物 …… □その他 ……）
	2）情緒的な問題　□発達の遅れ　□学習障害　□多動症 □その他 ……

次のページもご記入ください。

⑤今までに次のような病気をしたことがありますか？	□てんかん　□けいれん　□肺炎　□腎臓の病気　□心臓の病気 □血液の病気　□肝臓の病気（□B型肝炎　□C型肝炎　□その他） □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？	□いいえ　□はい（薬名：　　）
⑧次のような〝くせ〟がありますか？	□ない　□ある　□爪をかむ　□指しゃぶり　□唇を吸う □唇をかむ　□歯ぎしり □その他 ……
⑨間食はどんな物を食べることが多いですか？	□アメ　□ガム　□チョコ　□ケーキ　□クッキー　□キャラメル □おせんべい類　□スポーツドリンク　□ジュース　□果物類 □その他 ……
⑩間食はいつ、どのように与えますか?	1）時間は　□時間をきめて □ほしがる時間に □その他 2）ジュース等は　□コップで与える □ほ乳びんで与える □その他
⑪歯みがきはどのようにされていますか?	□子供が一人でみがいている □保護者がみがいてあげている （保護者：□父　□母　□おじいちゃん　□おばあちゃん　□その他） □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	□ない　□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。
診療の質向上のため、会話を録音・書き起こしさせていただく場合がございます。

ご記入いただき、ありがとうございました。
記載内容は治療の参考として使用します。

医療法人社団 一心会
MEDICAL CORPORATION ISSHINKAI