

歯と口の治療管理表（小児用）

記入日：(西暦)

年 月 日

| | | | | | |
|---------------|---------------------|--------|----------------|--|--|
| (フリガナ) お名前 | | 男 女 | (ふだん呼んでおられる愛称) | 同居家族 (○をしてください) | |
| 生年月日 | (西暦) 年 月 日生 (歳 ヶ月) | | | 祖父 祖母 父 母 祖父 祖母 弟・妹 ()人 本人 ()人 兄・姉 ()人 合計 ()人 家族 | |
| ご住所 〒 - | | | | | |

| | | |
|------------------------|------------|----------|
| お電話 (ご自宅) () - (携帯) - | 学校名 (幼稚園名) | 学年 (クラス) |
|------------------------|------------|----------|

通院しやすい曜日： いつでも・月・火・水・木・金・土 時間： 午前・午後・夕方 (17時以降)

次のことについておたずねします。(□にチェック☑、または該当する文字に○をつけて下さい)

① 来院された理由をご記入ください(当てはまるものすべてにチェックをお願いします)

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 歯が(痛い・しみる) () 日前から | <input type="checkbox"/> 歯並び・咬み合わせを診てほしい | |
| <input type="checkbox"/> 冷たいものがしみる <input type="checkbox"/> 温かいものがしみる <input type="checkbox"/> ものを咬むと痛む <input type="checkbox"/> 何もしなくても痛む | <input type="checkbox"/> 歯と歯が重なっている <input type="checkbox"/> 受け口になっている <input type="checkbox"/> 上の前歯が出ている <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <input type="checkbox"/> 歯ぐきから出血する | <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれている | <input type="checkbox"/> 乳歯が抜けずに永久歯がでてきた |
| <input type="checkbox"/> 歯の色が気になる | <input type="checkbox"/> (健診・お掃除) をしてほしい | <input type="checkbox"/> フッ素を希望 |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

② その場所はどこですか

| | | | |
|-----|----|-----|---------|
| 左上奥 | 前上 | 右上奥 | その他 () |
| 左下奥 | 前下 | 右下奥 | |

③ ①のことで現在、一番のお困りのこと(一番に改善したいこと)は何ですか?
()

④ お子様は今までに歯科医院を受診されたことはありますか?

なし ある 初めて受診したのは () 歳頃

→その時はどのような治療をされましたか?

むし歯治療 健診 シーラント フッ素 矯正治療

その他 ()

→その時のお子様の様子はいかがでしたか?(当てはまるもの全てにチェックしてください)

できた 泣いた 暴れた 抑えて治療した できなかった

→今まで歯科医院で麻酔をされたことはありますか?

ない ある (できた 嫌がった できなかった)

⑤ お口のお手入れについて

- ・歯磨きをする時は、 起床後 食後(朝・昼・夕) 就寝前
- ・1回にかかる時間は、 約 () 分
- ・歯ブラシ以外に使っているものは、 フロス(糸ようじ) 歯間ハブラシ その他 ()
- ・仕上げ磨きは? している 時々 していない
- ・フッ素は使用していますか? している (歯磨き粉 うがい用 ジェル その他)
 していない (理由:)

裏面もご記入ください →

- ⑥ 出産時になにか異常はありましたか？
 ない あった…（具体的に： _____ ）
- ⑦ 出産時の身長・体重を教えてください 身長（ _____ ）cm 体重（ _____ ）g
- ⑧ 乳児の時の栄養はいかがでしたか？ 母乳 人工乳 混合乳
 →離乳について教えてください 開始時期（ _____ ）ヶ月 / 完了時期（ _____ ）ヶ月
- ⑨ 今までに大きな病気をされたことはありますか？
 ない ある（ _____ ）歳頃 病名： _____ （ _____ ）病院・医院
- ⑩ アレルギーは
 ない ある

| | | | |
|---|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| } | <input type="checkbox"/> 薬（ _____ ） | <input type="checkbox"/> 食べ物（ _____ ） | <input type="checkbox"/> 花粉・ハウスダスト |
| | <input type="checkbox"/> 金属（ _____ ） | <input type="checkbox"/> アトピー・じんましん（ _____ ） | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | |
- ⑪ 現在、飲まれているお薬（サプリメント）について ※お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします
 ない ある 薬名・効能： _____
- ⑫ 間食について
 1日（ _____ ）回 時間が決まっている（ _____ ）時頃 不規則
- ⑬ 習慣的な食べ物・飲み物はありますか？ なし ある（ _____ ）
- ⑭ 歯の治療について、お子さんは
 こわがり（音・振動・麻酔・他 [_____]） 吐き気がしやすい わからない
 歯医者が好き 普通
- ⑮ お子様の日中の保護者はどの方ですか？
 母 父 祖母・祖父 保育所・託児所 幼稚園・学校 その他（ _____ ）
- ⑯ お子様の普段の姿勢や癖について教えてください（複数回答可）
 特にない 指を吸う 爪をよく噛む お口のしまりが弱い（よく口が開いている）
 舌を出している 頬杖をつく（右・左） 横向きに寝る うつ伏せで寝る
 いびきをかく 歯ぎしりをする
- ⑰ お子様の好きな色、遊び、キャラクターを教えてください
 ・色（ _____ ） ・遊び（ _____ ） ・キャラクター（ _____ ）
- ⑱ 定期検診の案内ハガキは 希望する 希望しない

☆その他、話しておきたいこと、希望することがあればご記入ください。

<アンケートにご協力お願いします> にチェック、該当するものに○をつけて下さい。（複数可）

- ・ 当診療所を知った理由は？
 - （家族・親戚）の通院または紹介（お名前： _____ ）
 - 知人の通院または紹介（お名前： _____ ）
 - 看板を見た（地下鉄の広告・その他）を見た （ホームページ・モバイルサイト）を見た
 - その他（ _____ ）
- ・ 当診療所を選ばれたのは？
 - （自宅・学校・職場）から近い 歯科医やスタッフの評判を聞いて 駐車場がある
 - 環境や歯科器材の設備が良い 時間約束制 雰囲気が良い
 - その他（ _____ ）

ご協力ありがとうございました

小佐々歯科診療所