



●診察に必要な事柄ですので出来るだけ詳しくお答えください。(太枠内のみ)

受診をする お子様のお名前	ふりがな	男・女	保護者名	普段お子様をなんと 呼んでいますか
生年月日	H 年 月 日生	歳	現在の体重	kg 血液型
現在通園・通学している ところの名前(保育所含)	何年生ですか? (未就学児はその学年を記入してください)			
住 所				
T E L	携 帯 T E L			
緊急連絡先	緊急連絡の相手は <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 ()			
希望の曜日・時間帯 (あれば)	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ご希望の時間帯 ()			
どんなお薬が 飲めますか?	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> シロップ *薬効によりご希望に添えないことがあります			睡眠時間は? 約 () 時間

1. 当院にお見えになったのは	<input type="checkbox"/> はじめで <input type="checkbox"/> 前に来たことがある(約 年 月頃) <input type="checkbox"/> 紹介されて来院 様			
2. どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> ムシ歯の治療をしたい <input type="checkbox"/> 歯が痛む <input type="checkbox"/> 歯ぐきがはれた <input type="checkbox"/> 歯並びを治したい <input type="checkbox"/> つめもの又はかぶせたものがはずれた <input type="checkbox"/> 歯の清掃をしてほしい(歯石取り等) <input type="checkbox"/> 定期健診を受診(歯の定期チェック)			
3. 気になる場所は	右上 左上 右下 左下	上前 左下	<input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> はぐき <input type="checkbox"/> あご <input type="checkbox"/> ほほ <input type="checkbox"/> その他	
4. 痛みはいつから	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 今日をはじめで <input type="checkbox"/> 日前から <input type="checkbox"/> 週間前から <input type="checkbox"/> カ月前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> その他 ()			
5. 痛み方は	<input type="checkbox"/> ズキズキ痛い <input type="checkbox"/> ズーっと痛い <input type="checkbox"/> 歯を合わせると痛い <input type="checkbox"/> 痛んだり止んだり <input type="checkbox"/> しみる(冷・熱) <input type="checkbox"/> その他 ()			
6. 歯科医院で麻酔の注射を したことがありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 貧血を起こした <input type="checkbox"/> 麻酔がききにくかった(その他)			
7. 歯を抜いたことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 意識を失った <input type="checkbox"/> 血が止まりにくかった <input type="checkbox"/> ひどくはれた <input type="checkbox"/> その他 ()			
8. 現在の健康状態は	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪いもしくはあまりよくない(どこが悪いですか?)			
9. 特異体質やアレルギーは ありませんか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> じんま疹が出る <input type="checkbox"/> ぜんそくがある <input type="checkbox"/> かぶれやすい <input type="checkbox"/> 鼻がつまる <input type="checkbox"/> その他 ()			
10. あなたの希望について	<input type="checkbox"/> 悪いところは全部 <input type="checkbox"/> 応急処置だけ(今困っているところだけ) <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい			
11. 診察について	<input type="checkbox"/> 泣かずにできるところまで(無理しない範囲で) <input type="checkbox"/> 泣いてもすべて終わらせない <input type="checkbox"/> 今痛い所だけ <input type="checkbox"/> おまかせ <input type="checkbox"/> 相談して決める			
12. 唾液検査について(¥1,500) *虫歯になりやすさかどうかを知る検査です	<input type="checkbox"/> この機会に行いたい <input type="checkbox"/> 少し興味がある <input type="checkbox"/> 話を聞いて検討したい <input type="checkbox"/> 今のところは興味なし			
13. フッ素塗布(¥1,000) *虫歯予防対策について	<input type="checkbox"/> この機会に行いたい <input type="checkbox"/> 少し興味がある <input type="checkbox"/> 話を聞いて検討したい <input type="checkbox"/> 今のところは興味なし			
14. 歯の磨き方について	正しい磨き方を教えてもらったことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		歯のそうじ(歯石取り)をしてもらったことがありますか <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
15. 歯磨きをする時は?	<input type="checkbox"/> 起床後 <input type="checkbox"/> 就寝前 <input type="checkbox"/> 食後(朝・昼・夕)		16. 1回の時間は?	() 分くらい
17. 歯ブラシ以外の清掃用品は?	<input type="checkbox"/> フロス <input type="checkbox"/> 歯間ブラシ <input type="checkbox"/> その他 ()		18. 仕上げ磨きはしていますか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
19. おやつは?	<input type="checkbox"/> 時間を決めている <input type="checkbox"/> 時間を決めていない		20. 飲み物は何が好きですか?	<input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> ジュース <input type="checkbox"/> 乳酸飲料
21. 歯科医院・治療について 今まで歯科医院・歯科治療で嫌な事、気になること	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある ()			
22. 虫歯は母子感染でなることを知っていましたか	<input type="checkbox"/> 知っている <input type="checkbox"/> 知っていない			
23. 最近(1年以内)医院に かかりましたか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→ <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
24. 現在通院治療している病気は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ ()			
25. 現在服用している薬は ありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→(薬の名前は)			
26. 薬を飲んで副作用は ありましたか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> おなかの痛み <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ 副作用のあった薬品・種類 ()			
27. その他、何かございましたらご記入ください(質問・ご相談等)				

	〈 歯 と 口 の 治 療 管 理 表 〉	
	■ 歯・歯肉の状態・検査結果	
	・ブラークや歯石の付着(///部分) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・歯肉の炎症(発赤・出血・腫れ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・歯の動揺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・歯周ポケット(4mm以上) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	治療予定 <input type="checkbox"/> ムシ歯 <input type="checkbox"/> 歯周病 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 検診	
歯や口の状態と全身の健康 <input type="checkbox"/> よく噛むことと肥満予防 <input type="checkbox"/> 歯周病と糖尿病、心臓病 <input type="checkbox"/> その他 ()		
お名前		

●検査結果と治療の予定をご説明いたします。
 ●患者さんの生活習慣などを把握してこれからの治療を効果的に進めますのでご協力ください。
 ●ご記入いただきました個人情報については診療以外には使用いたしません。

ご記入いただき、ありがとうございました。
 まさみ歯科 担当医師 梁川正美