

小児連絡表

患者名 _____ 様

年 月 日

年齢 歳 ヶ月

自宅・保・小・中 年生

家族構成 祖父 祖母 父 母 兄 姉 弟 妹

家族環境の変化 (なし あり)



一日の生活リズム (*間食、◇歯磨きなど) 習いごと 曜日

時間	:	:	:	:	:
	起床	朝食	昼食	夕食	就寝

性 格 自主性 自分で起きる 学校の準備を一人でする 家の手伝いをする

元気 おとなしい 落ち着きがない

食 事 規則的・不規則 量(少 普通 多) 食欲(あり 普通 なし ムラ)

飲み物(なし 水 茶 牛乳 ジュース)

一人で () と一緒

テレビをみながら 会話をしながら 時間がかかる

丸のみ 固いものが苦手

偏食(なし あり)

楽しい 楽しくない(理由)

間 食 規則的・不規則 回/日 就寝前

飲み物(水 茶 牛乳 ジュース

乳酸飲料 炭酸飲料 スポーツ飲料)

内容 ()

全身疾患 (なし あり)

アレルギー 鼻炎 花粉症 喘息 金属 薬アレルギー

癖 指しゃぶり 爪噛み 歯ぎしり 舌癖 開咬

個人情報欄

Drコメント欄

口腔内の状況

咬合 1級 2級 3級 叢生 (ヶ所)

咬耗 先欠 過剰歯

要抜去歯 ()

仕上げ磨き(あり: なし)

歯磨剤使用(あり: なし)

フッ素使用(あり: なし)

担当: _____