ゆう小児歯科クリニック

もんしんひょう

カルテNo.　　年　月　日

ふりがな
お名前

性別
男 女

生年月日
S・H・R　年　月　日
歳　ヶ月

ふりがな
保護者氏名
(続柄:　)

住所　〒　ー

通園・
通学校名

連絡先
自宅:
携帯:

連絡が取りやすい連絡先
□自宅 □携帯

1)今日はどうされましたか？(複数回答可)
□むし歯 □歯肉の出血
□乳歯が抜けない □けがをした
□予防希望 □検診希望 □歯並びの相談
□その他(　)

2)現在または過去にかかった病気はありますか？
□心臓病 □腎臓病 □肝臓病 □ぜんそく
□てんかん □アトピー □川崎病
□B肝・C肝 □アデノイド肥大 □発達障害
□その他(　)

3)アレルギーはありますか？
□はい □いいえ
→(食べ物:　)
(お薬:　)

4)現在飲んでいる薬はありますか？
□はい □いいえ
→(お薬の名前:　)

5)麻酔の経験はありますか？
□はい □いいえ

6)出血が止まりにくいことはありますか？
□はい □いいえ

7)歯磨きはいつしますか？(複数回答可)
□起床後 □朝食後 □昼食後 □夕食後
□就寝前

8)仕上げ磨きはしますか？
□はい □いいえ

9)フッ素は使用したことがありますか？
□はい □いいえ

10)当院でのフッ素使用は希望されますか？
□はい □いいえ

11)出生時について教えてください。
妊娠(　週)　体重(　g)
出産方法
(自然分娩・無痛分娩・吸引分娩 予定帝王切開・緊張帝王切開)

12)授乳について教えてください。
□母乳栄養 □混合栄養 □人工栄養
卒乳時期(　)

14)当院が知っておくべきお子様の情報があれば教えてください。

15)当院への受診を決めたきっかけを教えてください(複数回答可)
□家族・知人のすすめ(　様) □自宅が近い
□ホームページ □その他(　)