

こども歯科予診票

NO. _____

お子様の歯科管理と健康増進の為に、ぜひ知っておかねばならない事ですからご協力下さい。

お子様の^{ふりがな}名前 _____ 愛称 _____ 年 月 日生まれ

住所(連絡先) _____ 電話 _____
保護者携帯 _____

保護者氏名 _____

1. どうなさいましたか？
 - ・ 痛がる ・ 詰め物が取れた
 - ・ 黒くなっている ・ 穴があいている
 - ・ 乳歯が抜けにくい
 - ・ 検診、フッ素塗布をしてほしい
 - ・ その他 _____

} 症状が出たのはいつ頃ですか？ _____

} 場所はどの辺りですか？ _____
2. お子様は今までに歯科治療を受けたことがありますか : ある ・ ない
3. その時治療を受ける事ができましたか : できた ・ できなかった ・ やらせなかった
4. お子様の治療についてご希望の事はどれですか
 - : 虫歯の治療だけでなく予防処置や定期健診もしてほしい
 - : 虫歯の治療だけでよい
 - : 今痛んでいる歯の治療だけでよい
5. お子様が治療中に泣いたり、暴れたりなさったらどうしますか
 - : 治療をやめてほしい ・ 泣いても治療してほしい
6. お子様は今までに大きな病気にかかったことがありますか
 - : ある (病名 _____) ・ ない
7. お子様は現在お医者様にかかっていますか
 - : いる (病名 _____) ・ いない
8. お子様にアレルギーや特異体質がありますか : はい ・ いいえ
 - 喘息の発作がおきやすい 血が止まりにくい 蕁麻疹
 - ペニシリンに敏感 小児肝炎 アレルギー (_____)
 - 発達障害 (_____) その他 (_____)
9. 日中、主にお子様の世話をされているのはどなたですか : _____
10. 歯磨きは1日に _____回
11. おやつ時間は : 決めている ・ 決めていない
12. その他ご希望、伝えておきたいこと等がありましたらご記入下さい