

□枠の中の記載と以下の質問に☑をお願いいたします。 初診日 西暦 年 月 日

フリガナ	当院をどこでお知りになりましたか？	
氏名	男・女	生年月日 西暦 年 月 日 歳
住所 〒	学校名	
携帯番号：	(どなたの携帯ですか？：) 自宅電話：	
E-mail	@	(どなたのメールですか？：)

※当院では予約のうっかり忘れ防止の為に、前日に予約確認メール配信サービスを行っております。

1. 気になること (主訴)

- むし歯があるかみて欲しい
- むし歯がある
- 歯(口の中)の痛み
- フッ素を塗って欲しい
- 歯のクリーニング
- むし歯・歯肉炎予防
- 話し方(構音)が気になる
- 食べ方が気になる
- 歯(口)をぶつけた
- 乳歯がなかなか抜けない
- 歯肉の腫れ
- 歯肉の出血
- 歯並びが気になる
- その他 ()

2. 全身的問題

- なし
- 知的能力障害
- 脳性麻痺
- ダウン症候群
- 自閉スペクトラム症
- 注意欠如・多動性障害(ADHD)
- その他発達障害 ()
- その他染色体異常・その他症候群 ()
- その他 ()

*合併症 (全身的問題がある場合で合併症があれば☑してください)

- 心疾患 (疾患名：)
- てんかん
- 聴覚障害
- 視覚障害
- 摂食障害
- その他 ()

3. 既往歴

- なし
- 呼吸器疾患・喘息 (最終発作 歳 か月時)
- 血液疾患
- 腎臓疾患
- 肝臓疾患
- 甲状腺疾患 (機能亢進・機能低下)
- 消化器系疾患
- てんかん (最終発作： 歳 か月時)
- 川崎病 (歳 か月時)
- 熱性けいれん (歳 か月時)
- 糖尿病
- 高血圧 (/ mmHg)
- その他 ()

4. 服用薬 (お薬手帳があればコピーをさせていただきます)

- なし
- 向精神薬 (薬品名：)
- 抗てんかん薬 (薬品名)
- 血液関連の薬 (薬品名：)
- 甲状腺関連の薬 (薬品名)
- 喘息の薬 (薬品名：)
- アレルギーの薬 (薬品名)
- その他 (薬品名：)

5. かかりつけ医 (対診をとらせていただく場合がございます)

病院名・診療科名：

担当医名：

裏面も記載をお願いします。

6. アレルギー

- 薬剤 なし あり ()
食物 なし あり ()
その他 なし あり ()

7. 抗菌薬（抗生物質）服用経験

- なし あり 不明
*不快事項 なし あり（発疹・下痢・嘔吐・その他）

8. 歯科治療経験

- なし あり（健診・フッ化物塗布・むし歯治療・抜歯・その他）

9. 麻酔経験

- 全身麻酔 なし あり（ 歳 か月時 理由 ）
局所麻酔 なし あり（理由 ） 分からない

10. 出血傾向（ex. 怪我をしたときに血が止まりにくい）

- なし あり

11. 出産時の状況

- 出産時週齢 _____ 週 母子の異常 なし あり ()

12. 家族歴（カッコ内に患児からみた続柄 ex. 父・母・兄弟姉妹）

- 呼吸器疾患・喘息 () 血液疾患 () 腎疾患 ()
 肝疾患 () 甲状腺疾患 () 消化器系疾患 ()
 高血圧 () 糖尿病 () がん ()
 その他 ()

13. 習癖（お口やお口の周囲に関連する癖）

- なし あり *ありの場合 下記記載
 吸指 咬唇 吸唇 咬爪 口呼吸 歯ぎしり その他 ()

14. 歯磨き状況

- 1) 本人磨き なし あり（毎日 回/日・2～3日に1回・たまに）
2) 仕上げ磨き なし あり（毎日 回/日・2～3日に1回・たまに）
3) 歯磨剤の使用 なし あり（ペースト・ジェル・フォーム・スプレー・F無配合製剤・その他）
4) フッ化ナトリウムの使用 なし あり（毎日・2～3日に1回・たまに・挟まったときのみ）

15. 間食状況

- 1) 間食時間 決めている 決めていない あまりしない
2) 間食の種類 ()
3) 習慣的飲料（毎日またはよく飲む飲み物）
 牛乳 お茶・麦茶 水 乳酸飲料 炭酸飲料
 ジュース（100%果汁、野菜ジュースを含む） その他 ()

18. 治療に関して何かご希望がありましたら記載してください。