

# お子さまの健康調査表

記入日 年 月 日 記入者 続柄

フリガナ		
お名前	男 女	年 月 日生まれ
ご住所	〒	Tel. - - 緊急用 Tel - - (携帯電話等)
保護者		Email @
学校(保育園・幼稚園・小学校)名		

■今まで歯医者にかかったことはありますか？

はい (歯科治療を受けたのは、 年 ヶ月前) いいえ

■そのときのお子さんの様子は？

嫌がらなかった 嫌がったが治療はさせた 治療させなかった

■今まで大きな病気にかかったことがありますか？

いいえ はい(病名: いつ頃: 歳 カ月)

■現在、お医者さんにかかっていますか？

いいえ はい(病名: 薬名 )

■お子さんの体質について

アトピー性アレルギーがある

じんましん、湿疹がでる

薬の副作用が出たことがある(いつ頃: 何の病気で: )

■何か癖はありますか？

いいえ はい:指をしゃぶる/爪を噛む/歯ぎしり/唇を噛む/その他( )

■本日来院されたのは

歯が痛い ムシ歯がある 歯ぐきが腫れている 歯みがき指導

その他 ( )

■ムシ歯の予防処置を

希望する 希望しない

■その他お子さんのことで知っておいてほしいことや、私たちに希望することがあればお書き下さい。

( )

■どのように当院をお知りになりましたか？

看板をみて 知人・家族からの紹介(ご紹介者名: )

建物を見て 近いから ホームページ その他( )

ペンギン 歯科クリニック