

お子様の治療をするにあたり、下記にご記入ください

あてはまる所に○をしてください

ふりがな 名前	呼び方
------------	-----

<p>【全身について】</p> <p>◆アレルギー ない ある 食べもの() 薬() その他</p> <p>◆今までに、又は生まれた時に入院、ケガはありますか？ ない ある(才頃) 例) 唇裂・口唇裂 かかった病院</p> <p>◆今までに内科的な病気はありますか？ ない ある 現在通院中(かかりつけの病院) 完治(いつ頃) 心臓 肝臓 腎臓 ぜんそく てんかん 内分泌疾患(糖尿病など) 血液疾患(血が止まりにくい) 自己免疫疾患 あざが出来やすい その他 *歯科治療では簡単な処置でも感染や出血の可能性があるのでご記入をお願いいたします</p>	<p>◇家族構成 治療経験 なし×あり○ むし歯になりやすい場合は◎</p> <p>父 母 兄()才 姉()才 弟()才 妹()才 祖父 祖母 その他</p>	<p>むし歯</p>	<p>矯正 具体的に</p>
<p>◇性格について おとなしい 活発 人見知り () ◇はじめてのことに 慎重 積極的 () ◇好きなこと 例)アンパンマン 電車 お人形 具体的に ◇日常生活で気になることはありますか？ ない ある 言葉がゆっくり 味に敏感 音に敏感 光に敏感 身体を触られるのを嫌がる (特に嫌がる場所があれば) ◇気になるクセはありますか？ ない ある 指しゃぶり お口ぽかん ベロがいつも見えている 食べるのが遅い クチャクチャ食べる その他 ◇療育など受けていますか？ いない 受けていた 現在受けている いつ頃から</p>	<p>【お口について】</p> <p>◇歯科受診は はじめて 経験がある 才頃 年 月ごろ 検診・治療 その時の様子 ◇歯が生え始めたのはいつ頃ですか？ ヶ月ごろ ◇今まで歯をぶつけた事がありますか？ ない ある 才 頃</p> <p>【飲食の習慣について】</p> <p>◇おやつ時間は決まっていますか？ いない いる 時ごろ 分くらい ◇よく食べるおやつ おせんべい🍡 チョコ アメ グミ ガム キャラメル スナック菓子 おにぎり🍙 やさい パン その他 ◇よく飲む飲み物 お水 お茶 ジュース スポーツドリンク 乳酸飲料 炭酸飲料 その他 ◇卒乳について 卒乳している 才 頃まで 授乳中 継続希望 頃卒乳予定</p> <p>【フッ素について】</p> <p>知らない 聞いたことがある 家で使っている (ジェル スプレー 歯磨き粉 その他) 歯科医院でやった事がある 一回 数回 定期的</p>		

ご記入ありがとうございました