

# お子様の健康記録

webダウンロード

記入年月日 年 月 日

ふりがな 生年月日 年 月 日

氏名 年齢 (満 才 ヶ月) 性別 男・女  
身長 cm 体重 kg 体温(平熱) 度  
(身長について 現在伸びている・伸びるピークは終わった)

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

保護者の職業 連絡先 (携帯電話) \_\_\_\_\_

※医院からのお知らせやメールニュースをお送りしても宜しいですか?  はい  いいえ

はいの方はこちらにアドレスをお願いします \_\_\_\_\_

通院可能な曜日及び時間帯 月 火 水 木 金 土 ( 時 ~ 時)

お父さんの氏名 年齢 才 現在の虫歯の状態: 多い・少ない・なし

お母さんの氏名 年齢 才 現在の虫歯の状態: 多い・少ない・なし

当院をどのようにしてお知りになりましたか?

- ・知り合いからの紹介 (紹介者 \_\_\_\_\_) )
- ・広告をみて (どちらの広告ですか? \_\_\_\_\_) )
- ・他の医院から紹介 ( \_\_\_\_\_ )
- ・歯科医師から紹介 ( \_\_\_\_\_ )
- ・ホームページから (その方法に○をつけてください)

※ ご紹介者の方へ当院よりお礼状をお出ししてよろしいですか?  はい  いいえ

- ・検索サイトから ( \_\_\_\_\_ ) に載っているホームページアドレスをみて
- ・他サイト ( \_\_\_\_\_ ) から
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

当院にメール相談されたことはありますか?  ある  ない

「ある」と答えた方、メール相談はどの様にして知りましたか? \_\_\_\_\_

1. お子様はかつてペニシリンその他抗生物質の治療を受けたことがありますか? ある・ない
2. 薬を飲んだり注射して、気持ちが悪くなったり湿疹ができたことはありますか? ある・ない
3. その他、アレルギーはありますか? ある・ない  
何に対して \_\_\_\_\_ どのような症状 \_\_\_\_\_
4. 出血が止まりにくかったことがありますか? ある・ない
5. 現在お子様の健康状態はいかがですか? 良好・普通・不良
6. 現在お子様は他のお医者さんにかかっていますか? いる・いない  
医院名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
どんな病気です? \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

7. 次の病気にかかったことはありますか？あれば何歳頃ですか？

病名	年齢	病名	年齢	病名	年齢
心臓疾患	( )	血液疾患	( )	麻疹	( )
呼吸器疾患	( )	糖尿病	( )	その他	( )
胃腸疾患	( )	自家中毒	( )		
腎臓疾患	( )	リウマチ熱	( )		

8. お子様の出産、発育状態

- ・ 妊娠何ヶ月で出産しましたか？ \_\_\_\_\_ヶ月
- ・ 妊娠中の病気または事故名 \_\_\_\_\_ 妊娠 \_\_\_\_\_ヶ月頃 期間 \_\_\_\_\_
- ・ 哺乳状態 母乳・人工乳・混合乳
- ・ 哺乳は時間制でしたか？ 時間制・自由
- ・ 離乳したのは何ヶ月ですか？ \_\_\_\_\_ヶ月
- ・ 初めて歯が生えたのは何ヶ月目ですか？ \_\_\_\_\_ヶ月 はっきりわからない

9. 次にあげるお子様の性格のうち、該当する項目がありましたら○印で囲んでください。

- ・ 聞き分けが良い・反抗的
- ・ 友達付き合いが良い・悪い
- ・ 勇気がある・恐怖心が強い
- ・ 落ち着きがある・あわてる
- ・ おとなしい・乱暴
- ・ 気が強い・泣き虫

10. お子様の習癖 ある・ない

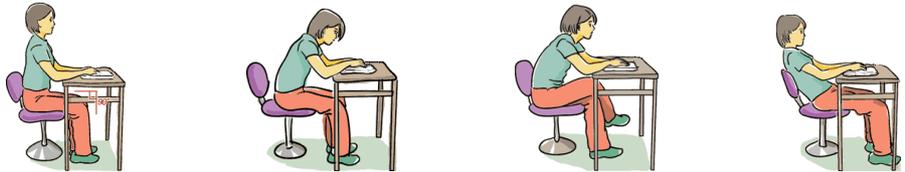
- ・ 指をくわえる
- ・ 唇を吸う
- ・ 唇を噛む
- ・ 爪を噛む
- ・ ほおづえをつく (右・左)
- ・ 歯ぎしりをする
- ・ いびきをかく
- ・ 口で呼吸をする
- ・ 舌の癖がある (上下の歯の間に舌を入れ込む、舌を噛む等)

※それらの症状はどのようなときに見られますか？ (いつ、どのくらいの時間など)

わかる範囲で結構です。( )

11. 姿勢について (思い当たる範囲で結構です)

・ 座った時の姿勢



・ 寝ている時の体勢 (うつぶせ・あおむけ・右向き・左向き)

12. 以前歯医者さんにかかったことはありますか？ ある・ない

(あると答えた方)

- ・ 虫歯治療 …時期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 (歯科医院名 \_\_\_\_\_)
- ・ 虫歯予防処置 (シラント・フッ素塗布・ハガキ指導) …時期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 (歯科医院名 \_\_\_\_\_)
- ・ 矯正治療もしくは相談 …時期 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 (歯科医院名 \_\_\_\_\_)

13. 1日何回歯を磨きますか？ 0回・1回・2回・3回

14. 仕上げ磨きを行っていませんか？ する・しない

15. お子さんに歯磨きの指導を 望む・しなくて良い

16. 次のうち気になるのは何ですか？

虫歯が気になる・歯肉が腫れている・歯がぐらぐらする・歯並びが気になる  
痛みがある・歯の検診を受けたい・その他 ( )

17. 診療についての要望・希望

( )

18. 食生活について

比較的良好に口にするものを○印でお答えください。

- 穀類：精白米・末精白米（玄米、3分つき米、5分つき米、8分つき米）、食パン、菓子パン  
玄米パン、その他（ ）
- 麺類：うどん、そば、スパゲティ、ラーメン、その他（ ）
- いも類：サツマイモ、じゃがいも、さつ芋、その他（ ）
- 豆類：大豆、豆腐、納豆、きな粉、油揚げ、その他（ ）
- 肉類：牛肉、豚肉、鶏肉、ハム、ソーセージ、その他（ ）
- 魚介類：焼き魚、煮魚、刺し身（トロ、赤身、白身）、エビ、カニ、あさり、しじみ、その他（ ）
- 小魚類：めざし、煮干、しらすぼし、わかさぎ、その他（ ）
- 海藻類：わかめ、昆布、ひじき、のり、もずく、その他（ ）
- 卵類：鶏卵、うずら卵、その他（ ）
- 野菜類：にんじん、ほうれん草、ピーマン、大根、かぼちゃ、にら、レタス、キャベツ、きゅうり、  
トマト、白菜、ねぎ、ナス、かぶ、その他（ ）
- 果実類：りんご、なし、バナナ、みかん、レモン、ぶどう、桃、その他（ ）
- 乳製品：牛乳、チーズ、ヨーグルト、その他（ ）
- ジュース類：炭酸飲料（コーラ類）、ジュース、乳酸飲料、100%ジュース、スポーツドリンク  
（ポカリスエット等）、その他（ ）
- インスタント、レトルト食品：ラーメン、うどん、焼きそば、ハンバーグ、その他（ ）
- ファーストフード：ハンバーガー、フライドポテト、フライドチキン、たこ焼き、その他（ ）
- 缶詰食品：肉、魚、果物、その他（ ）
- 嗜好品：ケーキ、チョコレート、するめ、キャラメル、アメ、ガム、ビスケット、アイスクリーム、  
せんべい、コーヒー、紅茶、お茶（茶）、その他（ ）
- 健康食品、サプリメント関係：（ ）

19. 食事にかかる時間はどれくらいですか？

10分以内      10分～30分      30分～1時間      1時間以上

20. 間食はどのような物を与えますか？

アメ・ビスケット・せんべい・チョコレート・ガム・その他（ ）

ジュース類・天然果汁・コーラ・サイダー・カルピス・ヤクルト・ヨーグルト

牛乳・ポカリスエット等

1日 回

・主にどなたが間食を与えていらっしゃいますか？ 本人との関係（ ）

21. 主にどなたがお子様の面倒をみていらっしゃいますか？ 本人との関係（ ）

22. 治療終了後、定期検診の通知を希望しますか？ する・しない

23. 本質問用紙の記入者名（ ） 本人との関係（ ）