

小児歯科予診表

記入日 年 月 日

ふりがな お子様のお名前		保護者名	
生年月日	年 月 日	才 男・女	学校名
〒 住所		TEL	()
		紹介者	様

(該当するところに☑・○印を記入して下さい)

1. お子様は今までに歯の治療をうけたことがありますか。

ある (才頃)

当院・大学病院・他歯科医院

ない

●その時治療させましたか

はい 泣いたが治療できた

あばれて治療できなかった

●その時異常はありましたか

ある (血がなかなか止まらなかった・

痛みがつづいた・熱が出た

腫れた・その他)

ない

2. 今回はどうなさいましたか

健診で虫歯があると言われた

現在痛がる所がある (いつから)

健診希望 (虫歯がある・ないと思う)

予防処置 (フッ素・シーラント・

歯のみがき方) 希望

歯ならびが気になる

(上の前歯・下の前歯・奥歯)

その他 ()

3. お子様の健康状態を教えてください

●今までに重い病気にかかったことがありますか

ある (病名 年令 才)

ない

★手術をなさったことがありますか

ある (年 月) ない

●薬を飲んだり、注射をして異常が

起きたことはありますか

ある (薬品名)

ない

★どのような症状がでましたか

ジンマシンが出る・貧血を起こす・

嘔吐する・その他

現在、お医者様にかかっていますか

はい (病名) いいえ

4. 歯ならびの相談又は治療を

受けたことがありますか

はい (当院・他医院) いいえ

5. フッ素塗布をなさったことがありますか

ある (塗布場所) ない

6. お子様は歯をみがいていますか

みがく (朝・昼・晩・ねる前) 1日 回

みがかない

★お子様の歯みがき状態を点検していますか

点検します 点検しません

点検しないときもある

7. おやつは1日何回、おもにどんなものですか

1日 回

(時間を決めている 決めていない)

おやつの種類

8. お子様は何かくせがありますか

ある (爪をかむ・指をしゃぶる・歯ぎしり・

くちびるをかむ・乳首を長くくわえていた・

その他)

ない

9. お子様の治療について

虫歯の治療だけしてほしい

虫歯の治療だけでなく、予防処置、

歯みがき指導、歯ならびの相談など、

歯の健康管理もやってほしい