

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 ◆今までに、又は生まれた時に入院、ケガ がありますか？ ない ・ ある(才頃) 例) 唇裂・口唇裂 かかった病院 _____ ◆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 血の可能性がありますのでご記入を願 いいたします _____ ◇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 _____ ◇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>◇家族構成・むし歯・矯正の治療経験 (治療経験あり-○ むし歯が多い場合-◎)</p> <table border="1"> <tr> <td>該当する 家族に○</td> <td>【例】 ☉</td> <td>父</td> <td>母</td> <td>兄</td> <td>姉</td> <td>弟</td> <td>妹</td> <td>祖 父</td> <td>祖 母</td> </tr> <tr> <td>むし歯</td> <td>◎</td> <td></td> <td></td> <td>オ</td> <td>オ</td> <td>オ</td> <td>オ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>矯正</td> <td>○</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>その他 _____</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) 【飲食の習慣について】 ◇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) 【フッ素について】 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>	該当する 家族に○	【例】 ☉	父	母	兄	姉	弟	妹	祖 父	祖 母	むし歯	◎			オ	オ	オ	オ			矯正	○								
該当する 家族に○	【例】 ☉	父	母	兄	姉	弟	妹	祖 父	祖 母																						
むし歯	◎			オ	オ	オ	オ																								
矯正	○																														

太枠内の該当するものにチェックをお願いします。

◇食事に関する質問

医院記入↓

- ^{c-5} 食べるのが遅い・早すぎる
 ^{c-6} 片方だけでかむクセがある

- ^{c-1} 歯の萌出に遅れがある
 ^{c-2} 機能的因子による歯列・咬合の異常がある
 ^{c-3} 咀嚼に影響するう蝕がある
 ^{c-4} 強く咬みしめられない

◇生活に関する質問

- ^{c-8} 食べる量や回数差があり、食ベムラがある
 ^{c-9} 発音が聞き取りづらい
その他(言葉がゆっくり 味・音・光に敏感
触られるのを嫌がる 場所:)
 ^{c-10} お口が開いている
 ^{c-11} 下記のクセがある
指しゃぶり 爪・唇をかむ べろが出ている

- ^{c-7} 舌の突出(乳児嚥下の残存)がみられる(離乳完了後)
 ^{c-12} 舌小帯に異常がある

◇その他の質問

- 身長: _____ cm 体重: _____ kg
 ^{c-14} お口で呼吸をしている
 ^{c-16} 睡眠時いびきをかいている

- カウプ指数/ローレル指数 _____
 ^{c-15} 口蓋扁桃等に肥大がある

ご記入ありがとうございました

治療に関する説明書及び同意書

下記の内容を十分に理解し、納得いただけましたら、□に✓し以下に署名をお願いいたします。

歯科麻酔のリスク

麻酔により、アナフィラキシーショックや疼痛性ショックを起こすことがあります。その場合必要に応じてアドレナリン(エピペンなど)の筋肉内注射や救急車を呼ぶなどの対応をします。また、麻酔後に頬や唇を誤ってかんでしまった場合は腫れることがあります。およそ1~2週間で治癒しますが、必要のある場合は適時消毒を行います。

シーラントについて

シーラントとは生えて間もない奥歯の溝を一時的に塞ぎ、むし歯を予防する方法です。奥歯の溝は清掃が難しく、プラークや食べかすが入り込まないよう奥歯の溝にシーラントを流し込むことで、溝からのむし歯を予防します。また、永久的に効果を発揮するものではないため、定期的に受診し、シーラントの状態をチェックしてもらうことが大切です。※シーラントは予防であり、虫歯にならないわけではありません。

抑制治療について

タオルや専用の抑制具を使用する治療を抑制治療といいます。手足が動いてしまうために、事故、ケガなどの危険性から安全を確保するために歯科医師・歯科衛生士が必要と判断した場合には行います。

お薬について

抗生物質や鎮痛剤で、かゆみや痛み、赤みや腫れなどのアレルギー反応を起こす可能性があります。アレルギーをお持ちの方は種類問わずご申告ください。(食べ物・薬・動物・花粉等)

年 月 日 患者氏名
保護者氏名