

Clinical Sheet ~小児~

カルテNo. _____

担当Dr. _____ 担当DH _____

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者名： _____ 愛称： _____ 性別：男・女

年齢： _____ 歳 _____ ヶ月 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

通園通学名： _____

記入者名： _____ 年齢： _____ 歳 続柄： _____

・発達面の心配事がありますか？

特にない

運動面 (よく転ぶ、手先が不自由など)

行動面 (コミュニケーションがとりにくい、集中力がないなど)

言葉 (はっきりしない、か行、さ行、た行、その他)

その他 (具体的にご記入下さい)

・お子さんの出生体重 _____ グラム

・乳歯が生え始めたのはいつ頃ですか？ 生後 _____ ヶ月頃

③ 歯科経験について

・歯医者さんは初めてですか？

初めて

ある _____ 歳のとき

どんなことで受診しましたか？

予防 治療 歯や口の怪我の治療

その他 (具体的にご記入下さい)

その時の様子はどうでしたか？

協力的 泣いた 暴れた

麻酔はしましたか？ した していない

治療または麻酔で何か異常はありましたか？

ない ある (具体的にご記入下さい)

④日常生活や習慣について

- ・差し支えなければ家族構成を教えてください

- ・お子さんのご兄弟は何人ですか？ _____ 人
それぞれ何歳ですか？

- ・普段、お子さんの面倒はどなたがみられますか？ _____
- ・お口の癖はありますか？

- なし ある (下記に具体的にご記入下さい)
- 指しゃぶり・おしゃぶり 爪を噛む 唇を噛む
- 舌を前に出す 食べ方が気になる
- 口がポカンとよく空いている その他 (具体的にご記入下さい)

- ・お子さんの性格を教えてください

- 明るい 大人しい 恥ずかしがりや 我慢強い 泣き虫
- 落ち着きがない よくしゃべる 集中力がある
- 積極的 怖がり その他 _____

⑤お口のケアについて

- ・歯磨きの回数 _____ 1日 _____ 回

- 起床後すぐ 食後 (朝 昼 夜) 就寝前

- ・仕上げ磨きはどなたがされていますか？

- 本人のみ お母さん お父さん 祖父母 その他

- ・フロス(糸ようじ)は使っていますか？

- 使っている 使っていない

- ・フッ素を使っていますか？

- 使っている
- (フッ素入り歯磨き粉 歯医者でのフッ素塗布
- 自宅でのフッ素うがい その他)
- 使っていない

- ・仕上げ磨き時の体勢

- 寝かせて 抑えて 座って その他

⑥食生活について

- 現在授乳されていますか？

いいえ はい (母乳 哺乳瓶)

- 何歳で断乳または卒乳しましたか？ _____ 歳 _____ ヶ月

- 間食を含めて1日何回食事をとりますか？ _____ 回

- 間食の時間は決めていますか？

決めている (1日 _____ 回 _____ 時頃)

決めていない 欲しがる時にあげている

- よく食べるお菓子やジュースはありますか？

- 食べ方について

奥歯でよく噛んで食べる あまり噛まない

偏食がある(きゅうりや魚など) その他

ご記入ありがとうございました。

2220-10-2002



