

**病歴および歯治療歴**

以下に記述するような身体症状病状または歯の症状や問題がお子様認められるでしょうか？  
 「はい」、「いいえ」でお答えになり、必要に応じて空欄に記載してください。

**病歴**

- はい  いいえ 心臓雑音  
 はい  いいえ 心臓の問題  
 はい  いいえ リウマチ性熱  
 はい  いいえ 出血  
 はい  いいえ 血友病  
 はい  いいえ ぜんそく  
 はい  いいえ 医薬品アレルギー  
 はい  いいえ ラテックスやプラスチックのアレルギー  
 はい  いいえ 遺伝障害  
 はい  いいえ 身体障害  
 はい  いいえ 聴覚障害  
 はい  いいえ 視覚障害  
 はい  いいえ がん  
 はい  いいえ 糖尿病  
 はい  いいえ HIV/AIDS  
 はい  いいえ 結核  
 はい  いいえ 肝炎  
 はい  いいえ 腎臓または肝臓の障害  
 はい  いいえ てんかんまたはひきつけ  
 はい  いいえ 骨／関節障害  
 はい  いいえ 入院経験  
 はい  いいえ 手術経験  
 はい  いいえ その他の病歴（説明してください）  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**歯治療歴**

- はい  いいえ あごや歯の負傷  
 はい  いいえ 歯痛  
 はい  いいえ 膿瘍（歯茎の化膿）  
 はい  いいえ 頻繁な口内の痛み  
 はい  いいえ 歯茎からの出血  
 はい  いいえ 親指/指をしゃぶる  
 はい  いいえ 唇や舌をかむ  
 はい  いいえ 歯ぎしりする  
 はい  いいえ フッ素添加水  
 はい  いいえ フッ化物によるうがい/サプリメント  
 はい  いいえ 毎日歯磨き  
 はい  いいえ 毎日フロス  
 はい  いいえ 初診  
 (いいえの場合は、最後の来院日)  
 \_\_\_\_\_

はい  いいえ 以前の歯治療に付随する問題  
 (説明してください)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

はい  いいえ その他の歯の問題や症状  
 (具体的に説明してください)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

はい  いいえ 使用・服用中の医薬品（記載してくだ  
 さい） \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

上で説明した私の情報は正確を期しています。この情報は厳格に  
 秘密として保管され、また私の子供の健康状態についてハーニン  
 グ歯科医院に通知するのは私の責任です。私の子供に必要な歯  
 科治療サービスをハーニング歯科医院スタッフが行うことを許可  
 します。

保護者または後見人の方のご署名 \_\_\_\_\_ 署名日付 \_\_\_\_\_

**院内用：医療情報の確認および更新**

上記患者の医療および歯科治療に関する情報を、本書に記された保護者/後見人および患者と確認しました。

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_