

(コピー、または埼玉歯会専用ホームページからプリントしてご利用ください)

児童虐待の早期発見チェックリスト

※チェック項目が多い場合は、児童相談所へ連絡してください。

児童氏名 (歳) 児童住所
 記載者名 記載年月日 年 月 日

【子どもの所見】

● 全身所見

- 低体重
- 栄養不良
- 発育の不良
- 新旧混在する多数の打撲や傷
- 多数の小出血
- 不審な傷あと
- 不自然な火傷
- 不自然なおびえ
- 無表情、無感動、無関心
- 極端なおびえや情緒不安定
- 親の顔をうかがう

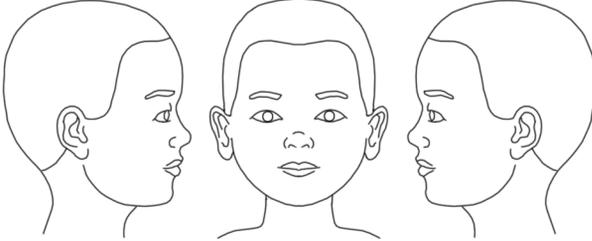
● 歯科的所見

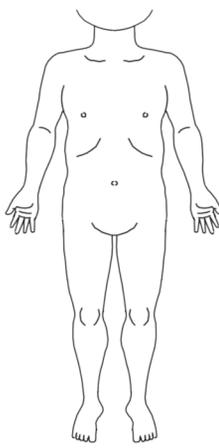
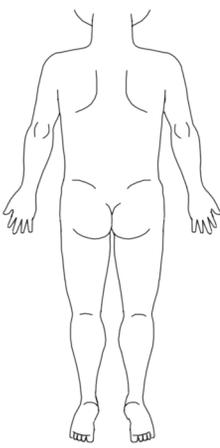
- 歯肉や舌の凝血・裂傷
- 口唇・口角・上唇小帯等の裂傷
- 口腔清掃の不良
- う蝕多発・ランパントカリエス
- 重度の歯肉炎
- 歯牙破折
- 歯牙の変色
- 歯牙の動揺・不完全脱臼・陥入等

【親の態度・言動】

- 病歴のあいまいで矛盾した説明
- 外傷の程度や治療方法等に無関心
- 受診までの時間が長すぎる
- アルコール依存、薬物依存、統合失調症などの疾患
- 歯科医療従事者に対する挑発的態度・衝動的行動等
- 治療費の未納

全身・歯科的所見記入欄






（コピー、または埼玉歯会専用ホームページからプリントしてご利用ください）

あて

平成 年 月 日

（児童相談所長あて又は市町村担当課あて）

歯科医療機関

医療機関名

氏名

電話

通 告 書

（ふりがな） （ ）

1 児童氏名

2 生年月日 平成 年 月 日（ 歳）

3 住所 電話番号 （ ）

4 保護者氏名

5 虐待の状況 ※簡単にご記入ください

6 家庭の状況 ※わかる範囲でご記入ください

7 口腔内の所見（口腔清掃状態・歯牙外傷・歯周組織外傷・歯槽骨外傷等）

その他特記すべきこと