

問 診 票 (矯正治療用)

		ご記入日 令和 年 月 日
ふりがな		性別 男 / 女
お名前		生年月日 昭・平・令 年 月 日
保護者名(未成年のみ)		(才 ヶ月)
自宅住所	〒	携帯 TEL:
		自宅 TEL:
勤務先/在学校	(学年)	TEL:
●緊急時のご連絡先 (必ずご記入下さい)	携帯 / 自宅 / その他() TEL:	転居の予定 無 / 有

● 矯正治療ではご本人、保護者の方の意識や考え方が重要となります。下記の質問事項について、該当する項目に✓印をつけて下さい

① 当院をお知りになった理由は？

- 歯科医師の紹介 () 病院 () 先生
 ご友人・ご家族の紹介 _____ 様
 インターネット／ホームページ 病院の看板・駅看板をみて
 広告 () その他 ()

② 歯並びで気になる場所はどこですか？

- 前歯がでている でこぼこ 受けくち 噛み合わせ その他 ()

③ 矯正治療に対する積極性を教えてください

- 絶対治療したい やや治療したい できれば治療したくない 相談のみ

④ 矯正治療において不安に思う事がありますか？

- 特にない 装置が目立つのではないかと 痛いのではないかと
 金額面 その他 ()

⑤ ご自身の横から見た口唇の形について教えてください

- かなり出ている やや出ている 形が気になる 良いと思う わからない

⑤ 希望する装置の種類はありますか？

- 歯の裏側につける装置 歯の表側につける装置 (目立ちにくい透明な装置)
 マウスピースタイプの装置 特にない / わからない

⑥ 歯並びのほかに何か気になる場所はありますか？

- 歯の色 歯の形 むし歯 歯肉の状態 あごの状態 その他 ()

●下記の質問事項について、該当する項目に○印をつけて記述してください●

●はじめに

- ① これまでに矯正相談をされた事がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ② 以前に矯正治療をされたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ③ ご家族・親族で歯並びの悪い人はいますか？ 【 はい (父 / 母 / 兄弟 / その他) ・ いいえ 】

● 全身の状態についてお聞きします

- ① 現在の健康状態は？ 【 良好 ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 通院中 その他 () 】
- ② 現在服用している薬はありますか？ 【 はい () ・ いいえ 】
- ③ 特異体質・アレルギー (薬を含む) がありますか？ 【 はい () ・ いいえ 】
- ④ 過去に大きな病気にかかった事がありますか？ 【 はい () ・ いいえ 】
- ⑤ 病気やけがで入院した事がありますか？ 【 はい () ・ いいえ 】
- ⑥ ご家族・本人が肝炎にかかった事がありますか？ 【 はい (家族 / 本人) ・ いいえ 】

● 呼吸に関してお聞きします

- ① 普段 鼻 口 どちらで呼吸していますか？ 【 鼻 ・ 口 ・ 両方 】
- ② 鼻呼吸をするために障害がありますか？ 【 はい () ・ いいえ 】

● お口・歯についてお聞きします

- ① 現在むし歯はありますか？ 【 ある (治療中 / 治療していない) ・ ない ・ わからない 】
- ② 食事をすると食べ物が歯に詰まるところがある 【 はい ・ いいえ 】
- ③ 噛みにくさを感じることもある 【 はい ・ いいえ 】
- ④ 歯を磨くと歯ぐきから出血する事がある 【 はい ・ いいえ 】
- ⑤ 冷たいものや、あついものがしみる時がある 【 はい ・ いいえ 】
- ⑥ 歯ぐきの腫れや下がりが気になる 【 はい ・ いいえ 】
- ⑦ 口臭がするのではないかと気になっている 【 はい ・ いいえ 】
- ⑧ 歯に歯垢や歯石がついていると思う 【 はい ・ いいえ 】
- ⑨ 乳歯期における虫歯の量は？ 【 ない ・ 少ない ・ 普通 ・ 多い ・ わからない 】
- ⑩ 日頃いつ歯みがきをしますか？ 【 起床時 ・ 食後 (朝 ・ 昼 ・ 夕) ・ 就寝前 】
- ⑪ 歯ブラシ以外の清掃用品は使用していますか？
【 はい (フロス ・ 歯間ブラシ ・ その他) ・ いいえ 】
- ⑫ 職場・学校で歯みがきすることは可能ですか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑬ 習慣的に飲む飲料物がありますか？ 【 ある () ・ いいえ 】
- ⑭ 間食の取り方について教えて下さい 【 不規則 ・ 規則正しい あまりしない 】
- ⑮ 歯科医院で麻酔を使用した治療をしたことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
(はい と答えた方のみお答えください↓)
その際、なにか問題はありましたか？ 【 はい () ・ いいえ 】
- ⑯ 事故などで歯を強くぶつけたことがありますか？ 【 はい () 才頃) ・ いいえ 】
- ⑰ かかりつけの歯科医院がありましたら教えてください

医院名.....

.....先生

住所.....



.....

- 習癖についてお聞きします。あてはまる習癖がありましたら○をつけてください。

唇をかむ・舌を出す・頬杖をつく・爪をかむ・歯ぎしりをする・強くくいしばる
布やタオルなどをかむ・指しゃぶり（ 才頃から 才頃まで）その他（ ）

- かみ合わせ・あごの状態についてお聞きします。

- ① あごに違和感や痛みを感じたことはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ② 食事中にあごが痛むことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ③ 大きく口をあけた時にあごが痛むことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ④ 口をあけたり閉じたりすると耳のあたりで音がしますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑤ 耳や耳の前あたりが痛みますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑥ 顔・あご・のど・目・こめかみ などに痛みがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑦ 頭痛に悩まされていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑧ 首・肩・背中 が痛むことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑨ むち打ち症になったことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑩ 神経性胃炎になった事がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑪ 下痢・便秘・大腸炎になった事がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑫ 関節炎にかかっていますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑬ 歯ぎしりをするといわれた事がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑭ かみしめる癖がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑮ 朝起きたときに下記の症状がありますか？
- あごのこわばり 【 はい ・ いいえ 】
- あごまたは歯の痛み 【 はい ・ いいえ 】
- あごがカクカクいう感じ 【 はい ・ いいえ 】
- あごが引っかかる感じ 【 はい ・ いいえ 】
- 頭痛 【 はい ・ いいえ 】
- ⑯ 大きな物をかんだ後、あごがだるくなりますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- ⑰ かみやすい側でものをかみますか？ 【 はい ・ いいえ 】
- 『はい』の場合どちら側か教えてください 【 右 ・ 左 】

- ご質問やお話ししたい事など、何かございましたら自由にお書き下さい。

.....

.....

.....

● 医師使用欄 ●

.....

.....

.....

.....

.....