

問診表 1

記入日 20 年 月 日 記入者 (本人 父 母 その他)

1. ご本人

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 西暦 年 月 日 年齢 (歳)

住所 〒 _____

在学学校名 (学年) または勤務先 _____

ご希望の連絡先電話 : 第 1 : _____ 本人・父・母・その他)

第 2 : _____ 本人・父・母・その他)

2. 保護者

氏名 _____ 本人との続柄 () 勤務先 or 仕事の分野: _____

3. 通院できなくなるような転居の可能性 無 有 (主に東京 全国各地 海外)

4. 当院に来院されたきっかけや理由について

紹介されて 紹介者名 _____ 間柄 _____

兄弟・親戚・知り合いが通院している お名前 _____ 間柄 _____

看板 HP (検索エンジン経由) HP (日本矯正歯科学会等から)

その他 _____

5. 矯正治療および矯正相談の経験について

治療 : ない ある (歳から 歳まで、診療所名 _____)

相談 : ない ある

6. 歯科の治療経験について

歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか? ない ある

歯科の主治医がおられましたら、お書き下さい。

お名前 _____ 市町村名 _____

7. 歯のどのような点が一番気になりますか? 治したいと思いますか? 出来るだけ詳しく、具体的にお書き下さい。

8. 矯正治療に関してのご希望や、質問、心配事、あるいは、学校、クラブ、塾、習い事、進学、結婚出産予定、仕事、子供さんの性格など、治療を始めるにあたり気になることがございましたらお書きください。

(裏面に続く)

問診表 2

1. 家族性発現に関して

ご両親、ご祖母、ご親戚の方に、歯並びやかみ合わせの悪い方がおられますか？

いない

いる：どんな歯並びですか？

出っ歯 受け口 ガタガタ 前歯がかみ合っていない その他：_____

2. 外傷に関して；これまでに顎、口の周り、歯に怪我をしたことがありますか？

ない ある（いつですか？ _____ どの辺り？）

3. 習癖に関して；今までに以下のような癖がありましたか？

ない

ある 指しゃぶり（ 歳から 歳まで） つめ噛み（ 歳から 歳まで）

ほおづえ（ 歳から 歳まで） 唇を噛む（ 歳から 歳まで）

歯ぎしり（ 歳から 歳まで） 噛み締め（ 歳から 歳まで）

喫煙（ 歳から 歳まで） その他（ ）（ 歳から 歳まで）

かみ癖（ 片側で咬む事が多い<右・左> 前の方で咬む その他）

寝るときの癖（ うつぶせ寝 片側を下にして寝る<右・左> その他）

4. 鼻咽喉疾患に関して

鼻はつまりやすいですか？ いいえ はい

扁桃腺は腫れやすいですか？ いいえ はい

耳鼻科の疾患にかかったことがありますか？ ない ある

現在治療中：病名（ ） 以前に治療：病名（ ） 歳から 歳まで

5. 顎関節に関して

過去に、口が開けにくかったり、顎の関節に音がしたり痛みがあったことはありますか？

ない ある（ 歳から 歳まで）

どんな症状でしたか？

現在、口が開けにくかったり、顎の関節に音がしたり痛みがあったことはありますか？

ない ある

どんな症状ですか？

6. 口腔周囲筋に関して

唇はいつも閉じていますか？ はい 時々開いている ほとんど開いている

食べ方がおかしいと言われたことがありますか？ ない ある

発音がおかしいと言われたことがありますか？ ない ある

7. 成長発育段階に関して（8歳から17歳の子どもさんのみ）

（男子のみ）声変わりがありましたか？ いいえ はい（ 歳から）

（女子のみ）初潮がありましたか？ いいえ はい（ 歳から）

8. 全身の健康状態に関して：

これまでに大きな病気をしたことがありますか？ ない ある（ ）

薬や食べ物、金属に対してアレルギーはありますか？ ない ある（ ）

現在服用中の薬はありますか？ ない ある（ ）

医師による治療や注意を受けていますか？

いない いる（ ）

ご協力ありがとうございました。