

【 矯正専用問診票 】

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 男・女

<来院した動機>

- ① 相談したい症状はなんですか？
・歯並びのガタつき ・噛み合せのズレ ・上の歯の突出感 ・下あごの突出感 ・受け口
・八重歯 ・すきっ歯 ・学校健診にて指摘 ・その他 (_____)
- ② 気に入り始めたのはいつごろですか？
今から _____ 年前頃 / _____ 歳頃 / 小学校・中学校・高校・大学 _____ 年生頃

<本人の口腔内状態>

- ③ 今までに矯正治療の経験はありますか？ ・ない ・ある (_____ 歳頃から _____ 歳頃まで)
- ④ その矯正治療はどのような治療でしたか？ (複数回答可)
取り外し式の装置 / 固定式の装置 / 抜歯を伴う矯正 / その他 (_____)
- ⑤ 今まで虫歯は多かったですか？ 少ない・普通・多い
- ⑥ 歯磨きは得意ですか？ 得意・分らない・苦手
- ⑦ 顎の関節に異常を感じたことはありますか？ ない・ある
- ⑧ 鼻はよくつまりますか？ いいえ・はい
- ⑨ 昼間や寝ているときはよく口を開けていますか？ いいえ・分らない・はい
- ⑩ 口のまわりをぶつけたことはありますか？ ない・ある (_____ 歳頃)
- ⑪ 過去または現在、口のまわりで頻繁にみられる習癖はありますか？ ない・ある
おしゃぶりの常用 / 指しゃぶり / 頬杖をつく / 舌を噛む / つめを噛む / くちびるを噛む
くちびるを吸う / 布きれを噛む / 歯ぎしりをする / その他 (_____)

<家族・親族の口腔内状態>

- ⑫ 家族・親族の方で歯並びの悪い方はいますか？ はい・いいえ
(祖父・祖母・父・母・兄弟) が (出っ歯 受け口 らんぐい歯 すきっ歯)
(祖父・祖母・父・母・兄弟) が (出っ歯 受け口 らんぐい歯 すきっ歯)
(祖父・祖母・父・母・兄弟) が (出っ歯 受け口 らんぐい歯 すきっ歯)

<その他>

- ⑬ 習い事や部活など、頻繁に行うものがあればご記入下さい
吹奏楽 / 合唱 / 英会話 / 水泳 / 球技 / その他 (_____)
- ⑭ 気になる項目があればご選択下さい
・痛みに関して ・期間について ・費用について ・抜歯の必要性について ・開始時期について
・矯正装置が目立たないか ・マウスピース矯正について ・舌側矯正について
- ⑮ その他、診療に関するご希望・ご質問があればご自由にご記入ください。
(_____)