

矯正治療問診票

記入日：平成 年 月 日

1. ご本人

(ふりがな)

お名前： _____ 性別： 男 女

ご住所：〒 _____ TEL： _____

生年月日：(西暦 年) 年 月 日 _____ 歳 ヶ月

2. 保護者

(ふりがな)

お名前： _____ ご本人との続柄 _____

ご住所：〒 _____ TEL： _____

3. どこをお治しになりたいですか？

前歯のデコボコ、出っ歯、すきっ歯、八重歯、受け口、開咬、かみ合わせのズレ

その他 (_____)

4. 今までに矯正専門医による治療の相談(カウンセリング)を受けたことはありますか？

ない ある

(いつ頃? : _____ 何件受けましたか? : _____)

5. 過去に矯正治療の経験はありますか？

ない ある

(いつ頃? : _____ どこで? : _____ どんな装置で? : _____)

6. ご家族の歯並びについてお書き下さい(ご本人に○印をして下さい)

(「現在の歯並び」の記入例： 良い・出っ歯・八重歯・乱杭歯・ねじれ歯・すきっ歯・受け口 など)

	現在の年齢	現在の歯並び		現在の年齢	現在の歯並び
父方祖父	_____ 歳	_____		父方祖母	_____ 歳 _____
母方祖父	_____ 歳	_____		母方祖母	_____ 歳 _____
父	_____ 歳	_____	身長	_____ cm	
母	_____ 歳	_____	身長	_____ cm	
第1子	_____ 歳	_____	身長	_____ cm	
第2子	_____ 歳	_____	身長	_____ cm	

矯正治療問診票

7. 発育・健康状態について

現在の身長・体重は？： 身長_____cm 体重_____kg

生まれつきの疾患はありますか？： ない ある (疾患名： _____)

現在治療中の疾患はありますか？： ない ある (疾患名： _____)

アレルギーはありますか？： ない ある (食べ物・お薬・金属・ゴム・その他_____)

初潮年齢： _____歳

現在、妊娠していますか？： いいえ 可能性あり はい (妊娠 _____カ月)

今まで抜歯をしたことがありますか？： ない ある

抜歯処置後、気分が悪くなった、血が止まらなかったなどの症状が出たことがありますか？： ない ある

8. 口、鼻、のどの状態について

よく扁桃腺がはれますか？： いいえ はい (どのような時に？： _____)

よく鼻がつまりますか？： いいえ はい (どのような時に？： _____)

いびきをかきますか？： いいえ はい

いつもお口が半開きになっていますか？： いいえ はい

お顔・お口・歯を強く打ったことがありますか？： ない ある (いつ頃、どこを？： _____)

お口の中、お顔の病気をしたことがありますか？： ない ある (いつ頃、どこを？： _____)

9. 乳歯列期の状態について

乳歯のときの歯並びやかみ合わせはどうでしたか？：

(良い・すきっ歯・乱杭歯・八重歯・出っ歯・受け口・その他_____)

乳歯のむし歯は多かったですか？： いいえ はい わからない

乳歯のむし歯の治療をよくしましたか？： いいえ はい わからない

10. 現在のお口の中と顎の状態について

歯がしみる、痛いなどの症状はありますか？： ない ある (どのような？ _____)

詰め物やかぶせ物に不具合はありませんか？： ない ある (どのような？ _____)

歯茎が腫れている、血が出るなどの症状はありますか？： ない ある (どのような？ _____)

顎が痛い、お口が開けにくいなどの症状はありますか？： ない ある (どのような？ _____)

11. 生活習慣について

1日の歯磨きの回数は？： (_____)回 1回あたりの歯磨きの時間は？： (_____)分

歯磨きをするタイミングは？： (起床時・朝食後・昼食後・間食後・夕食後・就寝前)

よく飲む飲み物は？： (水・お茶・ジュース・炭酸飲料・コーヒー・紅茶・その他_____)

間食の取り方は？： (間食しない・時間を決めている・不規則に食べている)

間食の際によく食べるものは？： (スナック菓子・チョコレート・おせんべい・アメ・その他_____)

使用している清掃器具は？： (歯ブラシ・フロス・歯間ブラシ・その他_____)

矯正治療問診票

12. 日頃の癖について

歯ぎしりをしますか？： いいえ はい

指しゃぶりをしますか？： いいえ はい

舌足らずな喋り方をしますか？： いいえ はい

咬唇癖はありますか？： いいえ はい (上唇・下唇 / 咬む・なめる・吸う)

次のものをよく咬む癖はありますか？： いいえ はい (衣服・タオル・爪・鉛筆・その他_____)

寝るときに特定の姿勢をとりますか？： いいえ はい (どのような？：_____)

どのような時に、その癖が出ますか？： 睡眠時 勉強中 工作中 その他_____)

どのくらいの頻度で、その癖が出ますか？： (いつも・時々・たまに)

その癖をいつ頃からいつ頃まで行っていましたか？： (____歳～____歳・現在もしている)

その他に何か癖がありますか？： いいえ はい (どのような？_____)

13. 通院について

通院出来ない曜日はありますか？： 月・火・水・木・土・日

転居・転勤の可能性はありますか？： ない 可能性あり ある (いつ頃、どこへ？_____)

14. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい

- ご家族、知人の紹介 (_____様)
- 家の近くだから
- ホームページを見て
- 雰囲気良さそうだから
- 職場の近くだから
- 雑誌・広告を見て (雑誌名：_____)
- その他 (_____)

15. 本日はどこまで行いたいとお考えですか？

まずは相談を受けて検討したい 出来れば検査まで進みたい

16. 矯正相談を受診するにあたり、気になること、心配なこと、治療に対するご質問などがありましたら、お書き下さい

[_____]

※ご記入頂いた個人情報は、治療やご予約などに必要なこと以外には使用致しません。