

問診票(中学生以上)

以下の質問事項は、矯正歯科治療を始めるにあたっての、診断や治療方針をたてるために大切な資料となるものです。ご面倒ですが、ご記入くださいますようお願い申し上げます。

5 ページあります。保護者様と一緒に来院されている場合には、患者さんご本人と相談の上、**保護者様**がご記入下さい。

記入日 西暦 年 月 日

本人 ふりがな

氏名

性別 男・女

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳 か月

住所 〒

TEL

携帯電話など日中連絡がとりやすい番号をお書き下さい

在学学校名および学年または勤務先

年生

保護者様 (既婚の患者さんは配偶者を記入して下さい)

続柄

氏名

転勤の可能性 有 無

かかりつけ歯科医院名(1年以内に通院した医院)

診療所名

紹介者様

氏名

1. どんなことが気になりますか？(複数回答可)

- 凸凹歯 ねじれ歯 八重歯 すきっ歯 出っ歯 うけ口
前歯が咬み合わない 奥歯が咬み合わない 深く咬みこんでいる
いつも口を開けている 歯がはえてこない
上顎が出ている 下顎が出ている 顔の形(横顔・正面歪み)
その他()

2. 歯並びの相談をしようと思ったきっかけは？

- 本人やご家族が治したいと思ったから
指摘されたから(歯科医・学校・検診・ご家族・その他)

3. 今の歯並びに気がついた時期は？

- 乳歯のとき 永久歯へのはえ代わりが進んできたとき 指摘されたとき

4. 最近、歯並びが変化してきたと感じていますか？

- いいえ はい

5. これまでに矯正歯科**相談**を受けたことがありますか？

- いいえ はい(どこで いつ)

6. これまでに矯正歯科**治療**を受けたことがありますか？

- いいえ はい(どこで いつ)

7. これまでに整形外科、形成外科、美容外科、口腔外科などで、お顔(おでこ、鼻、唇、顎骨、おとがい、親知らず以外の埋伏歯の抜歯)の治療を受けたことがありますか？

- いいえ はい(いつ 部位)

8. 昼間や寝ているときによく口があいていますか？

- いいえ はい

9. 夜いびきをかきますか？

いいえ はい

10. 鼻が詰まる原因はありますか？

ない ある(アレルギー性鼻炎・花粉症・その他)

11. 耳鼻咽喉科に通院していますか？(複数回答可)

していない

通院中

症状が出たときに通院している

12. 特異体質やアレルギーはありますか？

ない ある(食物 _____・**金属** _____・ゴム・その他)

13. 現在または過去に大きな病気はありますか？

ない ある(リウマチ・糖尿病・精神疾患・中耳炎・その他)

14. 服用中の薬はありますか？

ない ある ()

(服用目的は何ですか？)

15. 妊娠している可能性はありますか？ (

していない はっきりしない している(出産予定日)

16. タバコを吸う習慣はありますか？

いいえ はい

17. 顎の関節の状態についてお答えください。(複数回答可)

お口の開け閉めで音になる

お口が開かなくなったり、閉まらなくなったりしたことがある

痛みがある

18. これまでに歯を強くぶつけて動揺、破折、脱臼などの既往はありますか??

- いいえ はい (歳頃 部位)
(治療しましたか? いいえ はい())

19. 現在または過去に次のような癖がありましたか? (複数回答可)

- 指しゃぶり 爪咬み 唇を咬む 物を咬む(衣類布地・鉛筆・その他)
頬杖をする(右・左・両手) 会話中の舌が出る 見える
歯ぎしり くいしばり
その他(具体的に)

20. その癖はいつから、いつまで行っていましたか?

- 才頃から 才ころまで
今も続いている(どんな時に 頻度)

21. ご希望に添えない場合もありますが、使用する装置のご希望はありますか?

- マウスピース型 ワイヤー 目立ちにくいワイヤー

22. ご希望に添えない場合もありますが、全体と部分のご希望はありますか?

- 全体的に治したい
部分的に治したい
希望理由: 治療期間を短くしたいから 費用を抑えたいから
その他

部分的には治らなそうな場合 精密検査を受けてから、また考えたい

部分的に治らないなら矯正歯科治療は希望しない

23. 歯を抜いて矯正歯科治療することに抵抗はありますか?

- いいえ はい

24. 以下のなかに今後予定、または希望している事項はありますか?(複数回答可)

- 受験 転居 留学 転職 結婚式 妊娠

25. 今、最も優先して時間を割いていることはなんですか？(複数回答可)

部活動 塾または習い事 仕事 趣味() その他()

26. ご家族の中で、ほかに矯正治療を受けた方がいらっしゃいますか？

いいえ

はい (どなた 自分 自分以外)

27. ご家族の歯並びを教えてください。表に番号を記入して下さい

①ふつう ②凸凹歯 ③八重歯 ④うけ口 ⑤出っ歯 ⑥すきっ歯

⑦過蓋咬合(深い咬み合わせ) ⑧開咬(前歯が咬んでない) ⑨不明

続柄	年令	歯並び	身長	続柄	年令	歯並び	身長
父				父方祖父			
母				父方祖母			
子()				母方祖父			
子()				母方祖母			
子()							
子()							

↑ご親戚で特徴的な歯並びの方がいればご記入ください

28. お支払い方法のご希望はありますか？

割引がある一括払い(現金またはカード使用)

利子や手数料が発生しない分割払い(現金またはカード使用)

月々の支払い額が少なくなるカード使用の分割払い

29. 何かご希望、ご質問があれば、ご自由にご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。