

問 診 票

※この問診表は矯正治療にあたって、診断や治療方針をたてる大切な資料となるものです。詳しくお書き下さい。

記入日： 年 月 日

| | |
|-----------|-----------------|
| フリガナ | |
| 氏名： (男・女) | 生年月日： 年 月 日(歳) |

保護者名： _____

住所 〒 _____

(ご本人様 電話番号) _____ (日中つながりやすい電話番号) _____

(メールアドレス) _____

(学校または勤務先名) _____ ご連絡先 _____

(かかりつけの歯科医院) 医院名： _____ ご担当の先生： _____ 先生 _____

◆こちらの医院を知ったきっかけについて

どなたかのご紹介ですか？ (医院、先生： _____ 、お友達など： _____)
当医院ホームページ・パンフレット・インターネット (_____)
その他 (_____)

◆今までに矯正治療を受けた事がありますか？→ [ある (いつ頃ですか？ _____ 歳ごろ) ・ ない]

◆現在、かかっている病気はありますか？→ (病名： _____)
(飲んでいるお薬： _____)

◆アレルギーはありますか？→ [ある (何のアレルギーですか？ _____) ・ ない]

◆女性の方のみ：現在妊娠→ [している ・ していない ・ その他 _____]
(主訴) 歯ならびのどのような点が気になりますか？

◆鼻・咽喉の病気

- ① 日頃よく扁桃腺が腫れますか？ [はい (どんな時 _____) ・ いいえ]
- ② よく鼻がつまりますか？ [はい (どんな時 _____) ・ いいえ]
- ③ よく口をあけていますか？ [はい (どんな時 _____) ・ いいえ]
- ④ 鼻呼吸できますか？ [はい (どんな時 _____) ・ いいえ]
- ⑤ いままでに耳、鼻、のどの病気をしたことがありますか？
[ない、現在治療中 (病名 _____) あった (歳ごろ) (病名 _____)]

◆外傷

これまでに顔や口、歯を強く打ったことがありますか？ [いいえ・はい]
主にどの部分を [1顔や口 2あご 3歯] いつ頃ですか？ (歳ごろ・理由： _____)

◆歯ならびに関係のある癖

- ① 現在過去においてつぎのような癖はありましたか？
指しゃぶり・唇や舌をかむ・布、爪、鉛筆などをかむ・頬杖をする・その他(_____)
- ② その癖はいつまで、どんな時にしていましたか？
(_____) 歳から (_____) 歳まで、今もしている [○ ・ ×]

◆顎の症状

- ・ 顎が痛くなった事がありますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 口を開けたり閉じたりする際に、顎が「カクン」など、何か音がしますか？ [はい ・ いいえ]
- ・ 顎が開かなくなった事がありますか？ [はい ・ いいえ]

◆矯正装置 (中学生以上の方) で、矯正治療をはじめる場合、どのような装置をご希望ですか？

□表側ワイヤー矯正装置 □取りはずしの出来る、マウスピースタイプ

◆通院

通院しやすい曜日 [火 ・ 水 ・ 金 ・ 土] 時間帯はいつ頃ですか？ (_____) 時頃