

問診票

記入日： 年 月 日

※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。

フリガナ

氏名 _____ (男 ・ 女) _____ 保護者名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

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 _____

こちらの医院へはどなたかのご紹介ですか？ (_____)

何か御覧頂きましたか？

➤ チラシ・当医院ホームページ

インターネットサイト { マガジンハウスの web ニュース・クロワッサン・e-矯正・矯正歯科ネット・
その他 (_____)

➤ その他 (_____)

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

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： _____)

感染症で [ある ・ ない]

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

女性の方のみ:現在妊娠 [している ・ していない ・ その他 _____]

(主訴) 歯ならびのどういう点が気になりますか？

1. 特に噛みにくい食物はありますか？ [ない ある] (例えば _____)

2. 特に発音しにくい言葉はありますか？ [ない ある]

ある場合には、それは何行ですか？ [ア行 カ行 サ行 タ行 ナ行 ハ行 マ行 ヤ行 ラ行 ワ行]

3. 今の歯ならびに気がついたのはいつですか？

[① 乳歯のとき ② 乳歯が抜けて永久歯が生えてきたとき ③ 全部永久歯に生えかわってから]

4. 歯ならびの悪さに変化はありましたか？

[① あまり変わらない ② だんだん悪くなる ③ 急に悪くなった]

鼻・咽喉の病気

1. 日頃よく扁桃腺が腫れますか？ [いいえ はい] (どんな時 _____)

2. よく鼻がつまりますか？ [いいえ はい] (どんな時 _____)

3. よく口をあけていますか？ [いいえ はい] (どんな時 _____)

4. いびきをかきますか？ [いいえ はい]

5. 夜寝ているときに口をあけていますか？ [いいえ はい]

6. 歯ぎしりをしますか？ [いいえ はい]

7. いままで耳、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 _____)]

裏面もご記入下さい

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・布や爪、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）

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？

- 表側からの透明な装置（ワイヤーは見える）
- 取りはずしの出来る、マウスピースタイプ

本人の性格と体質

➢ 忍耐力	よわい	普通	つよい
➢ 几帳面	非常に	普通	全く
➢ 痛みに対し	よわい	普通	つよい

本人の生活環境（高校生以下の方のみ記入して下さい）

➢ 塾や習い事のための時間	多い	普通	少ない	なし
➢ 自宅又は学校から当院までの通院時間	約	時間	分	
➢ 矯正治療と習い事について	両立できる	不明	両立できない	

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



みどり矯正歯科
MIDORI ORTHODONTIC CLINIC