

# 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	生年月日
氏名： (男・女)	西暦 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 鼻呼吸しづらいですか？ [ 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