

# 福増矯正歯科

# 問診表

初診日 西暦 年 月 日 Carte No ( )

## 受診者記入欄

ふりがな				
氏名		男・女	未婚・既婚	
生年月日 (S・H	年)	西暦	年	月 日 満 歳 ヶ月
住所 〒				
本人携帯番号	TEL	FAX		
本人携帯 E-mail	パソコン E-mail			
在学名または勤務先				
かかりつけ歯科医院				

## 保護者記入欄

ふりがな				
氏名		続柄 父・母 ( )		
住所 (上記と違う場合のみ記入)				
職業 (勤務先)				
緊急時連絡先		TEL		
保護者携帯番号	TEL	FAX		
保護者携帯 E-mail	パソコン E-mail			
転勤の可能性	有・無	有りの方へ	いつごろ	年後 どこへ

## ご家族の歯並びと身長について

続柄	年齢	歯並び	矯正経験	身長
例：本人	12	受け口でデコボコしている	なし	158 cm
本人				cm
父				cm
母				cm
				cm
				cm
				cm

以下の質問を良くお読みになり、お子様が受診者の場合は保護者の方が、ご自身が受診者の場合はご自身の事として、該当する□印にチェック✓を入れてください。

1、本人は歯並び（かみ合わせを）矯正する事に積極的ですか

はい□ 少しは□ いいえ□

2、保護者は本人の歯並び（かみ合わせを）矯正する事に積極的ですか

はい□ 少しは□ いいえ□

3、来院の動機（複数回答可）

ホームページを見て□ 雑誌などの記事を見て□ 電話帳を見て□

看板を見て□ 近所なので□ 歯科健診などで紹介されて□

知人の紹介□（紹介者名 \_\_\_\_\_）

歯科医院の紹介□（歯科医院名 \_\_\_\_\_）

4、歯並びが、どの程度気になりますか？

すごく気になる□ 少し気になる□ あまり気にならない□ まったく気にならない□

5、次のどんなことが気になりますか？気になる事全てに✓をしてください。

歯並びがデコボコしている□ 歯並びに隙間が空いている□ 真ん中がズれている□

上の歯が出ている□ 下の歯が出ている□ 噛んだ時に上下の歯が噛みあわない□

かみ合わせが深い□ かみ合わせが横にズれている□ 笑った時に歯茎が見え過ぎる□

唇が閉じにくい□ 口元が前に出ている□ アゴが長い□ 顔が曲っている□

その他（ \_\_\_\_\_ ）

6、歯並びをどうしたいですか？

矯正治療したい□ わからない□ 話しを聞いてから判断したい□

7、歯並びが気になり出したきっかけは何ですか？（当てはまるもの全てに✓）

通っている歯医者さんで指摘されて□ 学校歯科健診で指摘されて□

友達に指摘されて□ 本人の顔だちを見ていて□ 本人が気にしているので□

いつも口を開けているので□ 食べ方がおかしいので□ 歯磨きが難しいので□

雑誌やテレビを見て□ 他のお母さんから聞いて□ 保護者の歯並びが悪いので□

その他（ \_\_\_\_\_ ）

8、矯正治療について、不安に感じる場所はどのようなことですか？

（不安を感じる事全てに✓を入れてください）

費用が高額□ 費用の支払い方法□ 永久歯を抜く□ 矯正治療中の痛み□

矯正装置が目立つ□ 治療方法□ 治療中のむし歯□ 治療後の後戻り□

長期間通院できるか□ 先生の技術□ 先生の人柄□ 医院の雰囲気□

その他（ \_\_\_\_\_ ）

9、その他、ご質問、ご要望がありましたらお書きください

下記の質問に「はい」または「いいえ」に✓をつけ、( )には具体的に書いてください。

《医科の既往歴》

はい いいえ

- 現在、医師の治療を受けていますか、もしあれば何ですか  
( )
- 鼻炎や喘息など、季節や症状のある時に通院や投薬が必要な疾患がありますか  
もしあれば何ですか ( )
- 過去に大病、大けがをしたことがありますか、もしあれば何ですか  
( )
- 食物や、薬、その他何かアレルギーがありますか、もしあればなんですか  
( )
- 精神的な疾患や、ストレスの既往歴がありますか、もしあれば何ですか  
( )
- 上記以外に何か医学的な問題がありますか、もしあれば何ですか  
( )
- 初潮はもうありましたか、それはいつごろですか ( )
- ほてりや動悸、めまい、生理不順など更年期の症状がありますか
- 声変りはもうありましたか、それはいつごろですか ( )
- 過去に肝炎になったことがありますか、はいの場合それは何型ですか ( )

《耳鼻咽喉科の既往歴》

はい いいえ

- 耳鼻咽喉科の治療を受けたことがありますか、もしあればなんですか  
( )
- 扁桃腺がよくはれますか、それはどんなときですか  
( )
- 扁桃腺をとりましたか、それはいつごろですか ( )
- 鼻がよくつまりますか、それはどんなときですか  
( )
- 日常的に鼻で呼吸しにくいですか、または、ふだん口で呼吸していますか
- いびきをよくかきますか

《歯科の既往歴》

はい いいえ

- 顔、アゴ、口、歯などを強く打ったり、怪我をしたことがありますか
- 乳歯は順調に生えましたか
- 乳歯は順調に永久歯に生え変わりましたか
- 乳歯のときむし歯が多かったですか
- 乳歯または永久歯を抜いたことがありますか
- 口腔内の手術を受けたことがありますか、もしあれば何ですか  
( )

- 矯正治療を受けたことがありますか、それは何才頃で、どんな治療ですか  
( )
- 家族や近い親戚に同じような歯並びの人はいますか
- 口が開かなくなったり、開けづらかったことがありますか
- 口を開けたり閉じたりする時に、アゴの関節から音がしますか
- アゴを動かした時、アゴが引っかかったり、はずれたりしますか
- 食事中や大きな口を開いた時に、アゴが痛みますか
- アゴを動かさない時にも痛みはありますか
- 頭痛に悩まされていますか
- 肩や首、顔面の筋肉痛やこりがありますか
- 痛い歯がありますか
- 歯ぎしりをしていますか
- 噛みしめぐせがありますか、またはいつも上下の歯が接触していませんか
- 片側でばかり食物を噛んでいますか、それはどちら側ですか ( )
- アゴや他の関節が痛んだり、関節炎になったことがありますか
- 今まで顎関節症といわれて治療を受けたことがありますか、もしあればそれはいつ頃の事で、どんな治療でしたか ( )
- めまい、顔面のしびれ、発汗など上記以外で顎顔面の気になる症状がありますか  
( )

#### 《習癖の種類について》

はい いいえ

- 指しゃぶりをしていましたか、それは何才までですか ( )
- よく唇をなめたり、巻き込んだり、噛んだりしますか
- 爪を噛みますか
- 鉛筆や布きれ、衣類など特定のものを噛んだりしゃぶったりしますか
- よく頬杖をつきますか、その頬杖は左右または両手のどれですか ( )
- ふだん口が開いていることが多いですか
- 寝ている時、口が開いていますか
- 発音しにくい音がありますか、それはどんな音ですか ( )
- 舌足らずな発音をしていませんか
- 話す時に歯よりも前に舌が出ていませんか
- ふだんから姿勢が猫背になっていませんか
- 硬い物や、噛みごたえのある食物が嫌いで、柔らかいものばかり食べていませんか
- 食物や食器を口に入れる時、舌が歯よりも前に出て食物を迎えに行きませんか
- 唇を閉めないで、クチャクチャと音を立てて食べていませんか
- 食事中あまり噛まないで飲んでいますか
- 食事中、食べ物を飲込むのに飲み物が必要ですか
- 寝る時はどんな姿勢で寝ていることが多いですか、下記から選んで下さい

あお向け 横向き寝 (右向き 左向き) うつぶせ寝 (顔は右向き 顔は左向き)