

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, 現在、何がきっかけでどんな事が気になっていませんか？できるだけ具体的にお答え下さい。
(例：子どもの歯並びを学校歯科健診で指摘された。それから前歯が出て口が閉じにくそうなのが気になっている。特に笑った時に歯ぐきが見える。下のガタガタも気になる。)

- 2, 当院をどのようにして知りましたか？(複数回答可)
ホームページを見て□→(検索ワード：)
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)

- 3, 当院を知った後にすぐ予約をとりましたか？もし予約を取らなかったとしたらどんな事が不安でしたか？
すぐ予約した□
予約をとるのを迷った□→(理由：)

- 4, 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□

- 5, 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□

- 6, 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□

- 7, 歯並びをどうしたいですか？
矯正治療したい□ わからない□ 話を聞いてから判断したい□

- 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



福増矯正歯科

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						
生年月日 (S・H	年)	西暦	年	月	日	満	歳	ヶ
住所 〒								
本人携帯番号	TEL	FAX						
本人E-mail (連絡の取りやすい)								
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E-mail (連絡の取りやすい)					
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	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

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
()
- 学校等で、発達障害や精神的ストレスによる問題がありますか、あれば何ですか
()
- 出生時、何らかの問題はありましたか（低体重・長期保育器使用・股関節脱臼等）
()
- 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
()

はい いいえ

- 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
- 側弯症と診断されたことがある
- 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込んでいますか
- 食事中、食べ物を飲込むのに飲み物が必要ですか
- 寝ているとき、一晩中よく動きますか

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)