矯正歯科問診票

この問診票は歯科矯正治療を開始するにあたって、診断や治療方針をたてるため大切な資料となるものですからできるだけ詳細にお書きください。

平成　　年　　月　　日記入

記入者：父・母・本人・その他(　　)

１．本人

ふりがな

氏名　　男・女　昭和・平成　　年　　月　　日生　年齢　満　　才　か月

住所　〒　　TEL（　　）－　　－

在学学校名(学年)又は勤務先

２．保護者（患者本人が未成年の方のみ）

氏名　　本人との続柄　〔 父・母 〕　その他

住所　〒　　TEL（　　）－　　－

職業、勤務先　　勤務先 TEL(　　)－　　－

転勤　〔　有(　　年ごと)　・　無　〕

３．主訴

歯並びのどういう点が気になりますか？(具体的に記入してください)

本人が気にしている点　　

保護者が気にしている点　　

以下、本人が気にしている場合のみ記入してください。

１.外観的に気になるところがありますか？〔①ない　②ある〕

2.とくにお口の中でかみにくいところがありますか？〔①ない　②ある〕

3.とくに発音しにくい言葉はありますか？〔①ない　②ある　③わからない〕

4.痛いところがありますか？〔①ない　②ある〕

４．治療に対する気持ち

１.歯並びが悪いのを誰がどの程度気にしていますか？

(①　気にしていない　②ほんの少し　③ひじょうに)〔 本人 (　)　ご家族(　)〕

2.歯並びを治すことに対して本人の気持はどうですか？

〔①治したくない　②治したい　③是非治したい　④よくわからない〕

3.来院の動機は何ですか？

〔①　本人が自ら進んで治したいと思って　②親が治したいと思って　③他人にいわれて

④歯科医に紹介されて　診療所名　　先生の名前　　〕

⑤当院の患者さんに紹介されて　患者さん名　

5．御家族の歯並び

記入例〔①ふつう　②乱杭歯　③八重歯　④出っ歯　⑤つき合わせ　⑥すき歯　⑦受け口
　　⑧かみ合っていない　⑨不明〕

続柄	性別	年齢	身長	歯並び・かみ合わせ	続柄	性別	年齢	身長	歯並び・かみ合わせ
父	男								
母	女								
本人					(記入例)				
					祖母	女	70	150	①
					姉	女	18	158	②・④

6．鼻、咽喉の病気

1.日頃よく扁桃腺がはれますか？　〔いいえ　、　はい〕(どんな時：　　)
2.扁桃腺(アデノイド)をとりましたか？〔いいえ　、　はい〕(　　才ごろ)
3.よく鼻がつまりますか？　〔いいえ　、　はい〕(どんな時：　　)
4.口臭がありますか？　〔いいえ　、　はい〕
5.よく口をあけていますか？　〔いいえ　、　はい〕(どんな時：　　)
6.いびきをかきますか？　〔いいえ　、　はい〕
7.夜眠っている時口をあけていますか？〔いいえ　、　はい〕
8.歯ぎしりをしますか？　〔いいえ　、　はい〕
9.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：　　)、過去にあった(　　才ごろ)　(病名：　　)〕

7．外傷

これまでに顔や口、あご、歯を強く打ったことがありますか？〔いいえ　、　はい〕
主にどの部分を打ちましたか？〔①歯　②あご　③頬　④その他(　　)〕
それはいつ頃どのようなけがでしたか？(　　)

8．歯並びに関係のある癖

現在又は過去においてつぎのような癖がありましたか？ある場合はいつ頃からいつ頃まで行っていましたか？
①ゴム乳首をいつも吸っていた　(　　才頃から　　才頃まで)
②指しゃぶり(とくに左、右の　　指)　(　　才頃から　　才頃まで)
③唇をかむ　(　　才頃から　　才頃まで)
④舌をかむ、舌を吸う　(　　才頃から　　才頃まで)
⑤衣類、布地などをかむ(布の種類　　)　(　　才頃から　　才頃まで)
⑥爪かみ(とくに左、右の　　指)　(　　才頃から　　才頃まで)
⑦鉛筆、その他のものをかむ(何を　　)　(　　才頃から　　才頃まで)
⑩その他何か気づいたことがあれば書いてください。
(　　)

１１．顎の関節について　*中学生以下は記入不要です

1.あくびのように口を開けるときに、開けにくさ、または痛み、あるいは開けにくさと痛みの両方がありますか。〔いいえ　、　はい〕
2.あごが動かなくなったり、開かなくなったり、はずれたりしますか。〔いいえ　、　はい〕
3.食べるときや話すとき、そのほかあごを動かすときに、食べにくい、話しにくい、動かしにくいとか、痛みがあったりしますか。〔いいえ　、　はい〕
4.あごの関節の音に気づいたことがありますか。〔いいえ　、　はい〕
5.あごのこわばり、腫れ、疲れを定期的に感じますか。〔いいえ　、　はい〕
6.耳の中や耳のあたり、こめかみや頬のあたりに痛みがありますか。〔いいえ　、　はい〕
7.頭痛や首の痛み、あるいはこの両方がしばしばありますか。〔いいえ　、　はい〕
8.近頃、頭、首、あごをけがしたりぶつけたことがありますか。〔いいえ　、　はい〕
9.かみ合わせが最近変わったと気づいたことがありますか。〔いいえ　、　はい〕
10.あごの関節について、これまでに治療を受けたことがありますか。もしあれば、いつごろですか。
〔いいえ　、　はい〕　(　　ごろ)

１２．本人の既往歴

1.今までに重い病気をしたことはありますか？
〔①ない　②ある〕(　　才ころ　病名：　　か月通院、入院)
2.今までに薬や注射で異常を起こしたことがありますか？　〔①ない　②ある　③わからない〕
歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？　〔①ない　②ある　③わからない〕
けがで血が止まりにくかったことがありますか？　〔①ない　②ある　③わからない〕

１４．口腔あるいは顔面部の手術を受けた経験のある場合は下欄に記入して下さい。

手術の種類についての記入例
〔 口唇形成術　口蓋形成術　咽頭弁移植術　アデノイド摘出術　鼻の形成術　等 〕

手術年月日	手術時年令	手術の種類	病院・科名	担当医名
年　月	才　か月			
年　月	才　か月			
年　月	才　か月			
年　月	才　か月			

１５．過去に歯科矯正治療を受けたことがありますか？

〔いいえ　、　はい〕

あれば、いつ頃どこでどんな治療を受けましたか？
〔　　〕

ご協力ありがとうございました。

柳 田 矯 正 歯 科
かなこ小児歯科クリニック
矯正歯科担当医　柳田　剛志