問診票

NO. 西暦 年 月 \exists 男 / 女 ふりがな 性別 生年月日 お名前 西暦 年 月 日 保護者·配偶者名 歳 ヵ月) 〒 TEL: 自宅住所 mail: 携帯: 学校/勤務先 TEL: 緊急時ご連絡先 携帯/自宅/その他() (必ずご記入下さい) TEL: 転居予定 無/有 矯正治療ではご本人、ご家族の方の意識や考え方が重要となります。下記の質問事項について、該当する項目に印をつけて下さ い。矯正治療を進めていくうえで参考にさせていただきます(不明な箇所はそのままにしておいて下さい)。あなたのプライバシ ーを守るためにこの問診票をコピーやデータとして残しません。また、この原本を厳重に保管することをお約束します。 年 月 西曆 日 院長 坪山幸永 囙 ① 当院をお知りになった理由は? □ ご友人・ご家族の紹介 □ 歯科医師の紹介 様 □ インターネット/ホームページ □ 病院の看板・駅看板を見て □ 広告 □ その他 歯並びで気になるところはどこですか? □ 前歯が気になる □ でこぼこ □ 受け口 □ かみ合わせ □ その他(③ 矯正治療に対する積極性を教えて下さい。 □ 絶対治療したい □ やや治療したい □ できれば治療したくない □ 相談のみ ④ 矯正治療において不安に思うことはありますか? □ 特にない □ 装置が目立つのではないか □ 痛いのではないか □ 金額面 □ その他(⑤ ご自身の横から見た口唇の形について教えてください。 □ かなり出ている □ やや出ている □ 形が気になる □ よいと思う □ わからない ⑥ 希望する装置の種類はありますか? □ 外から見えない(歯の裏側につける)装置 □ 目立ちにくい透明な装置 □ 矯正スピードが早い(歯に優しい)装置 □ 特に希望はない ⑦ 歯並びの他に何か気になるところはありますか? □ 歯の形 □ むし歯 □ あごの状態 □ 歯の色 □ 歯肉の状態

□ その他(

そのとき、何か問題はありましたか?【 はい (事故などで歯を強くぶつけたことがありますか?【 はい (かかりつけの歯科医院がありましたら教えてください 医院名	歳頃)・いいえ 】 先生
事故などで歯を強くぶつけたことがありますか?【 はい (,
)・ いいえ 】
職場・学校で歯磨きをすることは可能ですか?【 はい・ いいえ	1
歯に歯石やヤニがついていると思いますか?【 はい · いいえ 】 乳歯期においてのムシ歯の数は?【 ない · 少ない · 普通 · 彡	3い · わからない 】
冷たいものや熱いものがしみるときがありますか?【 はい ・ いい 歯ぐきの腫れや退縮が気になりますか?【 はい ・ いいえ 】	·え 】
現在ムシ歯はありますか?【 ある (治療中 / 治療していない	
吸に関してお聞きします 普段、鼻と口のどちらで呼吸していますか?【 鼻 ・ ロ ・ 両方 鼻呼吸をするための障害がありますか?【 はい (
低血上 < 数値;最高	〈 数値; HbA1c>,
病気やけがで入院したことがありますか? 【 はい (ご家族・本人が肝炎にかかったことがありますか? 【 はい (家族 その他内科的な病気はありませんか?次の中で該当するものに〇をつ心臓疾患, 肝臓疾患, 腎臓疾患, 胃潰瘍, 呼吸器系疾患,)・ いいえ 】 実 / 本人)・ いいえ 】 oけてください 消化器系疾患 , 内分泌系疾患 ,
現在使用している薬はありますか?【 はい (特異体質・アレルギー(薬を含む)がありますか?【 はい (過去に大きな病気にかかったことがありますか?【 はい ()・ いいえ 】
身の状態についてお聞きします 現在の健康状態は?【 良好 ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 通院中 ・ そ	この他 ()】
以前に矯正治療をされたことがありますか?【 はい · いいえ 】 ご家族・親族で歯並びの悪い人はいますか?【 はい (父/母	
	現在の健康状態は?【 良好・ 妊娠中・ 授乳中・ 通院中・ そ現在使用している薬はありますか?【 はい (特異体質・アレルギー (薬を含む) がありますか?【 はい (病気やけがで入院したことがありますか?【 はい (病気やけがで入院したことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家族・本人が肝炎にかかったことがありますか?【 はい (家庭・心臓疾患, 肝臓疾患, 腎臓疾患, 胃潰瘍, 呼吸器系疾患, 血液疾患, 脳血管障害, 動脈硬化, 高血圧 < 数値;最高 の他の上 (数値;最高 を他の上 (数値;最高 を他の上 (数値;最高 を他の上 (数値;最高 を他の上 (数値;最高 を他の上 (数値;最高 を他の上 (ない を) と数値;最高 を他の他の上 (ない を) と数値;最高 を 他の他の一般では、 (約一日 本)・ いいえ 】 を では、 (約一日 本)・ いいえ 】 を にないでお聞きします とないで呼吸していますか?【 はい ・ いいえ 】 を にないでお聞きしますか?【 はい ・ いいえ 】 を にないものや熱いものがしみるときがありますか?【 はい ・ いいえ 】 は を できの腫れや退縮が気になりますか?【 はい ・ いいえ 】 は に 歯石やヤニがついていると思いますか?【 はい ・ いいえ 】 り臭がするのではないかと気になりますか?【 はい ・ いいえ 】 は 関地においてのムシ歯の数は?【 ない ・ 少ない ・ 普通 の数は?【 ない ・ 少ない ・ 普通 別期においてのムシ歯の数は?【 ない ・ 少ない ・ 普通 別期においてのムシ歯の数は?【 ない ・ 少ない ・ 普通 を 後科医院で麻酔を使用した治療をしたことがありますか?【 はい ・ いいえ 歯科医院で麻酔を使用した治療をしたことがありますか?【 はい ・ いいえ 歯科医院で麻酔を使用した治療をしたことがありますか?【 はい ・ いいえ

あてはまる習癖がありましたら○をつけてください

はじめに

かみ	y合わせ・あごの状態についてお聞きします
1	あごに違和感や痛みを感じたことはありますか?【 はい ・ いいえ 】
2	食事中にあごが痛むことがありますか?【 はい・ いいえ 】
3	大きく口を開けたときにあごが痛むことがありますか?【 はい ・ いいえ 】
4	口を開けたり閉じたりすると耳のあたりで音がしますか?【 はい ・ いいえ 】
<u>(5)</u>	耳や耳の前あたりが痛みますか?【 はい・ いいえ 】
<u>(6)</u>	顔・あご・のど・目・こめかみなどに痛みがありますか?【 はい ・ いいえ 】
7	頭痛に悩まされていますか?【 はい ・ いいえ 】
8	首・肩・背中が痛むことがありますか?【 はい ・ いいえ 】
9	むち打ち症になったことがありますか?【 はい ・ いいえ 】
10	神経性胃炎になったことがありますか?【 はい ・ いいえ 】
11)	下痢・便秘・大腸炎のいずれかになりがちですか?【 はい ・ いいえ 】
12	関節炎にかかっていますか?【 はい ・ いいえ 】
13	朝起きたときに下記の症状がありますか?
	☆あごのこわばり【 はい ・ いいえ 】
	☆あごまたは歯の痛み【 はい ・ いいえ 】
	☆あごがガクガクいう感じ【 はい ・ いいえ 】
	☆あごが引っかかる感じ【 はい ・ いいえ 】
_	☆頭痛【 はい · いいえ 】
_	大きな物をかんだ後、あごがだるくなりますか? 【 はい ・ いいえ 】
15)	かみやすい側でものをかみますか? 【 はい ・ いいえ 】
	「はい」の場合、どちら側か教えてください【 右 ・ 左 】
その	D他、話しておいたほうがよい・聞いておきたいことなどがございましたらご自由にお書きください
	医師記入欄●
'	