

矯正治療質問表 お子様用

平成 年 月 日

フリガナ

患者氏名

生年月日 (西暦) 年 (S・H) 年 月 日生 (歳 力月) 男・女

住所 〒

TEL

携帯TEL

学校または職業

学年

保護者氏名

職業

勤務先

TEL

将来転勤の可能性は? なし あり(いつ頃? 転勤先:)

矯正を紹介されたのは? 歯科医院 () 患者さん ()

駅看板 ・ 通りがかり ・ ホームページ

タウン誌() その他 ()

以下の質問について (○で囲んでください。)

1) 現在の歯並びでどこが一番気になりますか?

1 出っ歯 2 受け口 3 乱杭歯(かたがた) 4 八重歯 5 歯のねじれ

6 歯の隙間 7 歯がはえてこない 8 発音がはっきりしない

9 顔・顎(あご)が曲がっている 10 唇が閉じにくい

11 その他 ()

2) 家族構成について (ご両親、ご兄弟は全てご記入下さい。)

続柄	年齢	歯並び	矯正治療経験
		出っ歯・受け口・乱杭歯/八重歯・歯の隙間・わからない・その他()	有・無
		出っ歯・受け口・乱杭歯/八重歯・歯の隙間・わからない・その他()	有・無
		出っ歯・受け口・乱杭歯/八重歯・歯の隙間・わからない・その他()	有・無
		出っ歯・受け口・乱杭歯/八重歯・歯の隙間・わからない・その他()	有・無
		出っ歯・受け口・乱杭歯/八重歯・歯の隙間・わからない・その他()	有・無

3) ご両親、ご家族あるいは親戚の方で患者さんと似たかみ合わせの方がおられますか?

似ていらっしゃる方すべてお書きください

なし あり (父 母 兄弟:

続柄 父方の

母方の

)

4) 今回の来院目的は何ですか?

1 相談のみ 2 治療の開始時期を知りたい 3 治療をはじめたい

4 その他 ()

5) 今回来院を言い出したのはどなたですか?

1 ご本人 2 お父様 3 お母様 4 歯科医師にすすめられて 5 学校検診

6 その他 ()

次のページに続きます。

- 6) ご本人の性格
 1 神経質、怖がり 2 おおらか 3 決められたことは守る
 4 その他 ()
- 7) ご本人の生活環境
 1 塾・習い事・クラブ活動 など 及び御記入をお願いします
 運動 (水泳・バレー・野球・サッカー・テニス・ダンス・その他)
 楽器 (バイオリン・フルート・サクソ・ピアノ・その他)
 塾は週 回。 帰宅するのは 時ごろ
 2 上記のうち矯正治療の通院より優先することがありますか?
 (ない ある ())
 3 月1回の通院が可能ですか? (可能 不可能 わからない)
 4 通院に要する時間 (分)
 5 通院に都合のよい曜日 (月 火 水 木 金 土 日) (午前 午後 夜)
 8) 矯正治療で心配なことはありますか?
 1 特にない 2 装置が目立つこと 3 痛み 4 虫歯・歯磨き
 4 歯肉炎 5 治療費 6 治療期間
 7 その他 ()
- 9) 矯正治療を受けたことがありますか?または現在受けていますか?
 なし あり (歳位から 歳位まで)
 歯科医院名または地名・国名)
- 10) ご本人の健康状態について

全身状態 (治療に影響を与えますので明確にご記入ください)

- ① ご本人の健康状態は? よい 他()
 ② 今医者にかかっていますか? いいえ はい()
 (病院名 担当医)
 ③ 特異体質、アレルギーがありますか? いいえ はい
 (花粉症・鼻炎・アトピー・金属アレルギー: その他:)
 ④ 初潮の時期はいつでしたか? (女子のみ) なし あり (歳 ヶ月)
 ⑤ ご家族かご本人が肝炎にかかったことがありますか?
 いいえ はい (ご家族・ご本人) (A型 B型 他)
 ⑥ 使用にあたって特に注意をうけた薬がありますか?
 いいえ はい()
 ⑦ 精神的にストレスの既往がありますか? いいえ はい
 ⑧ ⑧ではいと答えた方にお聞きします
 通院中ですか? いいえ はい
 (病院名: 服用中の薬名:

鼻・のどについて

- ① 普段どちらで呼吸していますか? 鼻 両方
 ② 就寝時はどちらで呼吸していますか? 鼻 両方
 ③ 鼻で呼吸するための障害がありますか? ない ある ()
 ④ 扁桃腺をとりましたか? いいえ はい

次のページに続きます。

⑤ アデノイドがあるといわれたことはありますか？ いいえ はい

歯について

① 乳歯の虫歯はどうでしたか？ なし 少ない 普通 多い

② 歯科医院で麻酔をしたことはありますか？ いいえ はい

その時何か問題はありましたか？ いいえ はい

③ 事故などで歯・顎・頭をぶつけたことはありますか？

いいえ はい (歳位の時どこを)

④ 覚えている範囲で歯を抜いたことはありますか？

いいえ はい (歳位の時どこを)

⑤ 一日に何回歯をみがきますか？ (0 1 2 3以上 回)

あごについて

① 今まで口が開かなくなったことがありますか？

いいえ はい (右・左 何歳のときですか？ 歳)

② 口を開けたり閉じたりするとき、あごの関節に音がしたことがありますか？

いいえ はい (右・左 何歳のときですか？ 歳)

③ あごがはずれたことがありますか？

いいえ はい (右・左 何歳のときですか？ 歳)

④ 食事やあくびなどで、大きな口を開けた時、あごが痛むことがありますか？

いいえ はい (右・左 何歳のときですか？ 歳)

⑤ 食べ物をかんだり歯をくいしばった時、あごが痛むことがありますか？

いいえ はい (右・左 何歳のときですか？ 歳)

⑥ 肩こりがありますか？頭痛がありますか？ いいえ はい

習癖について

(該当するものは○で囲んでください。)

① 爪をかむ・鉛筆をかむ・指しゃぶり・唇、舌をかむ (歳 ~ 歳)

② ものを飲み込むとき舌を前歯におしつける

③ 口で呼吸してしまう (昼 就寝時 両方 わからない)

④ 口があいていることが多い (昼 就寝時 両方 わからない)

⑤ いびき・歯軋り・食いしばり (昼 就寝時 両方 わからない)

⑥ 就寝時は 仰向け うつぶせ (右を下 左を下 両方 わからない)

⑦ 頬ずえ なし あり (右 左)

⑧ 食事は (右噛み 左噛み 両方 わからない)

他にご質問があればお願いいたします



そのこ矯正歯科

042-740-8817

ありがとうございました