

# 診療申込書/質問調査事項

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

1

ふりがな 氏名	性別 男 ・ 女
住所	TEL
E-mail	携帯電話
在学名または勤務先	TEL
生年月日(西暦)	満 歳 月
通院方法 徒歩・自動車・自転車・電車・バスで	分位
ふりがな 保護者氏名	転勤・転居 なし ・あり(いつ頃 )
職業勤務先	緊急連絡先 TEL 携帯電話

2. 当院をどのように知りましたか

- A. 歯科医師に紹介された \_\_\_\_\_先生
- B. 当院で治療を受けた患者さんに紹介された \_\_\_\_\_さん
- C. ホームページで見付けた
- D. その他 \_\_\_\_\_

3. 主訴 歯並びのどういう点が気になりますか

- 上の歯が出ている うけ口 歯のデコボコ 八重歯 すきっ歯 口元の外観 発音しにくい
- ものが噛みにくい 歯並びが悪いと虫歯や歯周病になりやすいこと
- その他 \_\_\_\_\_

4. 今の歯並びに気がついたのはいつ頃からですか。(○印をつけて下さい)

- A. 乳歯の時から B. 乳歯が抜けて永久歯にかわる頃から C. 全部永久歯になってから
- D. だんだん悪くなってきた E. 急に悪くなってきた F. その他 \_\_\_\_\_

5. ご本人は歯並びを治すことに気が進んでいますか(○印をつけて下さい)

- A. 絶対したい
- B. あまりしたくないが必要ならしなければいけないと思っている
- C. 年齢的に本人はよくわからないが、親がしてあげたいと思っている
- D. 迷っている E. 装置を付けたくない
- F. 痛そうでいや G. 絶対したくない

6. 矯正治療を受けるにあたって気になる事柄はどのようなことでしょうか？(記号に○印をつけて下さい)

- A. 現在の不正咬合が矯正治療で完全に治るのか
- B. 現在の不正咬合を放置しておくことで体にどのような影響があるのか
- C. 矯正治療にかかる費用について
- D. 矯正治療にかかる期間について
- E. 矯正装置の見た目について
- F. 矯正治療期間の痛みについて
- G. その他 \_\_\_\_\_

7.家族の歯並び

歯並び・噛み合わせ記入例(きれい・ふつう・乱杭歯・八重歯・出っ歯・つき合わせ・すきっ歯・うけ口・かみ合っていない・その他)

本人には○印をつけてください

	性別	年齢	歯並び	身長		性別	年齢	歯並び	身長
父	男				祖父(父方)	男			
母	女				祖母	女			
第一子					祖父(母方)	男			
第二子					祖母	女			
第三子									

8.顎の動きについて(顎の関節は耳の少し前にあります)

- A. 口を開ける時、顎の関節付近から音がしますか 常時なる・時々なる・以前なったことがある
- B. 顎の関節あたりが痛くなったり口が開きにくいことがありますか ない ある( 歳頃)

9.偏頭痛・肩こり等はありませんか。 ある ない

10.歯を磨いていますか。 いない いる 一日 \_\_\_ 回 朝・昼・夜・毎食後

11.次のような癖はありませんか。

- A. 指をしゃぶる ない 現在ある \_\_\_ 歳頃まであった
- B. 舌を噛む ない 現在ある \_\_\_ 歳頃まであった
- C. 唇を噛む 又は 唇を吸う ない 現在ある \_\_\_ 歳頃まであった
- D. ふだん口を開けているまたは口を開けて寝ている いない 現在開けてる \_\_\_ 歳頃まで開いていた
- E. いびきをかきませんか ない 現在している \_\_\_ 歳頃まであった
- F. 歯ぎしり ない 現在ある \_\_\_ 歳頃まであった
- G. 特にしにくい発音はありますか ない ある 例えば( )

12.口腔疾患について

- A. 乳歯の時代にむし歯はありましたか ない 少し 多い
- B. 乳歯は順調にはえ変わりましたか はい いいえ
- C. 歯の治療を受けたことがありますか。 ある ない
- D. 顔や口、歯を強く打ったことはありませんか。 ある ない
- E. 口内炎がよくできますか よくできる・たまにできる・できない

13.鼻咽頭疾患について

- A. 鼻がよくつまりますか いいえ はい 以前よくつまった
- B. のどがよくはれますか いいえ はい 以前よくはれた
- C. 扁桃腺やアデノイドをとりましたか いいえ はい \_\_\_ 歳頃

14.今までに病気にかかったことがありますか？わかっている疾患があれば○印をつけるか、(その他)にご記入下さい。

心臓病・高血圧・糖尿病・肝臓病・腎臓病・喘息・血液疾患・胃腸病

その他( )

15.今までに切傷で血の止まりの悪かったことはありませんか。 ない ある

16.体質の異常やアレルギーはありますか ある ない

(例:薬・食物・金属・花粉・ラテックス等)

17.現在の健康状態は 非常に良い・良い・弱い・よく風邪をひく

18.その他心配されていることや治療に参考になりそうなことがあればご記載ください。