

矯正用問診表

カルテ No.

本人

| | | | | | | |
|----------|-------|------|---|----|---|----|
| 氏名 | 性別 | 男・女 | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | |
| 生年月日(西暦) | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 歳 | ヶ月 |
| 勤務先 | 電話番号 | | | | | |
| 在学学校名 | 学年 | 電話番号 | | | | |
| 保護者 | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | |
| 職業および勤務先 | 電話番号 | | | | | |
| 転勤 | 有・無 | | | | | |
| 紹介者 | _____ | | | | | |

かかりつけ医、かかりつけ歯科医の連絡先

主治医：氏名 _____
 医院名 _____
 住所 _____ 電話番号 _____

歯科医：氏名 _____
 医院名 _____
 住所 _____ 電話番号 _____

☆ ご相談になりたい点をできるだけ詳しくご記入下さい

(例：うけ口、上下の歯がつき合わせ、出っ歯、八重歯、乱杭歯、すきっ歯、
顔や顎・口の中の偏位、その他)

☆ どなたのご希望ですか

本人・父母・祖父母・その他 (_____)

☆ これまでに矯正治療の経験がありますか

有・無 いつ _____
 どこで _____
 どのくらいの間 _____
 どのような装置で 固定式の装置 ・ 取り外しのできる装置
 その他 _____

☆ 家族の歯並びについて（本人に○をつけて下さい）

（例：よい歯並び、普通、受け口、上下の歯がつき合わせ、少し出っ歯、出っ歯、八重歯、乱杭歯、すきっ歯など）
いとこや親戚についても特記があれば記入して下さい

| | 性別 | 歯並び | | 性別 | 歯並び |
|------|----|-----|--|----|-----|
| 父方祖父 | | | | | |
| 祖母 | | | | | |
| 母方祖父 | | | | | |
| 祖母 | | | | | |
| 父 | | | | | |
| 母 | | | | | |
| 第一子 | | | | | |
| 第二子 | | | | | |
| 第三子 | | | | | |

☆ 口、鼻、喉などの病気について

- 扁桃やアデノイドはよく腫れる いいえ ・ はい
- 鼻がよくつまる いいえ ・ はい
- 口を開けていることが多い いいえ ・ はい
- 特に発音しにくい音がある いいえ ・ はい ()
- 舌が動きにくい いいえ ・ はい
- 顔や口、歯を強く打ったことがある いいえ ・ はい (いつ)
- 顎骨の病気や手術をしたことがある いいえ ・ はい (いつ)
- 他に眼・耳・頭痛・肩こり・腰痛など他の病気について気づいたこと
()

☆ 歯の状態について

- 乳歯のときの歯並びは 普通 ・ うけ口 ・ 出っ歯
その他()
- 乳歯が順調に交換しなかった いいえ ・ はい
乳歯が早くに抜けた、抜かれた いいえ ・ はい
- 虫歯が多い いいえ ・ はい
- 虫歯の治療をしたことがある いいえ ・ はい
- 歯磨きをする いいえ ・ はい
いつですか 朝起きて 朝食後 夕食後 寝る前 その他
- 今の歯並びに気づいたのいつですか
乳歯の頃 ・ 永久歯に生え変わる頃 ・ 永久歯になってから ・ 人に言われて
- 本人は歯並びをきにしている いいえ ・ はい
- 本人は治したいと思っている いいえ ・ はい
- 食物を咬めないと思ったことがある いいえ ・ はい
肉類 ・ 野菜 ・ 硬いもの ・ 粘着性のもの ・ その他()
- 食事の量が 少ない ・ 普通 ・ 多い

☆ 顎の機能について

1. 顎の関節に痛みを感じたことがある いいえ ・ はい
2. 口を開けるとときに音がしたことがある いいえ ・ はい
3. 口を開けにくいときがある いいえ ・ はい

☆ 現在、または過去の癖について

以下のうちで当てはまるものに○をつけて下さい

指しゃぶり おしゃぶり 舌をはさんでいる 唇を咬む、吸う

頬を咬む、吸う 爪を咬む その他()

口を開けている 口を開けて寝る 歯軋りをする いびき

頬杖 眠るときに特有の姿勢(うつぶせ寝や横向き寝、手をあてて寝るなど)

それぞれの癖についていつからいつまで

()

☆ 心身の発育について

両親の身長

父: cm 母: cm

本人の身長: cm 体重 Kg (大きい方・中位・小さい方)

初潮:

出生:早産・正常・遅産 (早 ・ 遅 ヶ月)

分娩:正常・難産・その他(帝王切開・鉗子分娩・)

哺乳:母乳 ・ 人工栄養 ・ 混合

離乳:徐々に・急激に

おしゃぶりの使用: なし ・ あり

好きな食べ物:

嫌いな食べ物:

アレルギー:有(原因:) ・ 無

乳幼児期に転倒・外傷の既往: ex.転んで頭を強くぶつけた

有(内容) ・ 無

今までに発達の遅れを指摘されたことがある いいえ・はい

今までに発達の遅れを疑うような行動を指摘された、もしくは感じたことがある いいえ・はい

いつ ()

どのようなことか()

☆ 性格について

普通・神経質・朗らか・依頼心が強い・いらいらしている・のんびり

おこりっぽい・落ち着いている・恐怖心が強い・ぼんやり・人見知り

その他()

☆ その他ありましたらご記入下さい