

問診票

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

ご記入者名 \_\_\_\_\_

私達の診療室ようこそ！！

初診日には簡単な診査と矯正治療の目的などをご説明して、その概要をご理解していただきます。

以下の項目に○またはご記入ください。

ふりがな \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 血液型 \_\_\_\_\_ 型

生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年（西暦 \_\_\_\_\_ 年） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

学校または勤務先： \_\_\_\_\_ 学年： \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

勤務先： \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

転勤：無・有（周期 \_\_\_\_\_ 年くらい・不定） 転居の予定：無・有（いつ頃 \_\_\_\_\_）

I. 受診に際して

矯正歯科治療にとって、重要なことは患者さん本人や保護者の方の意識や考え方です。これらは治療の進行や期間や結果に重大な影響を与えます。治療を行うにあたって重要ですので、はっきりご記入下さい。

1. 当院をお知りになった項目全てに○をおつけ下さい

- 1. 歯科医師に紹介された \_\_\_\_\_ 先生
- 2. 当院の患者または知人 \_\_\_\_\_ 様
- 3. 看板・パンフレット・ニュースレターなど
- 4. インターネット
  - 当院 HP
  - ポータルサイト（Doctor's File・E Park 病院・その他（ \_\_\_\_\_ ））
  - 検索サイト（Yahoo Japan・Google・その他（ \_\_\_\_\_ ））

5. その他 \_\_\_\_\_

2. ご本人の性格について（○はいくつでも）

- 1. 神経質・こわがり
- 2. おおらか
- 3. 決められたことは守る
- 4. 積極的
- 5. 社交的
- 6. 内向的
- 7. その他 \_\_\_\_\_

3. ご本人の生活環境について

- 1. 塾・習い事・クラブ活動 \_\_\_\_\_
- 2. 月1回の矯正歯科治療の通院を含め、優先順位の高い順に数字でご記入下さい。
  - ( ) 矯正歯科治療
  - ( ) 学校・会社
  - ( ) 塾
  - ( ) クラブ活動
  - ( ) 習い事
  - ( ) その他（ \_\_\_\_\_ ）

4. 主訴（一番気になるところ、治したいところ）は何ですか。必要な項目だけに優先順位を数字でご記入下さい。

主 訴	ご本人	保護者
歯並びがでこぼこしている（叢生）		
上の歯が前に出ている（上顎前突）		
上下の歯が逆にかんでいる（反対咬合）		
下あごが前に出ている（下顎前突）		
上下の歯が両方とも前にせり出している（上下顎前突）		
前歯のかみ合わせが深い（過蓋咬合）		
前歯が上下的に開いてかみ合わない（開咬）		
顎が右または左にずれている		
口元を引っ込めたい		
顎の動きがおかしい（顎関節）		
その他（ _____ ）		

その他、矯正歯科治療で改善したい項目・ご質問したい項目がございましたら、できるだけ具体的にご記入下さい。

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

《ご本人の考え方を( )内に、保護者の方の考え方を〔 〕内に〇をご記入ください》

5. 治療に対する積極度はどのくらいですか

- ( ) [ ] 絶対に治したい
- ( ) [ ] かなり治したい
- ( ) [ ] どちらでもいい
- ( ) [ ] あまりやりたくない
- ( ) [ ] やりたくない

6. 矯正治療に対して不安なことがありますか

- ( ) [ ] 特にない
- ( ) [ ] 装置が目立つことが嫌
- ( ) [ ] 痛いのではないかと心配
- ( ) [ ] 虫歯になるのではないかと心配
- ( ) [ ] 治療費のこと
- ( ) [ ] 治療期間のこと
- ( ) [ ] その他\_\_\_\_\_

7. 治療期間中、何回か平日の早い時間帯（午前中）に来院可能ですか

- ( ) [ ] 時間はいつでもかまわない
- ( ) [ ] 数回ならかまわない
- ( ) [ ] 絶対遅い時間帯だけで通院したい

II. 家族構成と歯並び

歯並びは遺伝と深い関係があります。ご家族の方の歯並び・かみ合わせをご記入ください

続柄	年齢	歯並びやかみ合わせの状態 (記入例：良い・普通・出っ歯・受け口・凸凹・八重歯など)

III ご本人の状態

1. 全身状態

1. ご本人の健康状態は 良い・他\_\_\_\_\_
2. 今、歯科以外の医療機関に通院されていますか？  
いいえ  
はい(診療科目：\_\_\_\_\_科、医療機関名\_\_\_\_\_)
3. 特異体質・アレルギーがありますか？  
いいえ  
はい(金属・牛乳・ラテックス・その他\_\_\_\_\_)
4. 病気やけがなどで入院したことがありますか？  
いいえ  
はい(\_\_\_\_\_歳頃、病名等\_\_\_\_\_)
5. ご家族かご本人が肝炎に罹ったことがありますか？  
いいえ はい (ご本人・ご家族)
6. その他特別な病気にかかったことはありますか？  
いいえ はい(ご本人・ご家族) 病名(\_\_\_\_\_)

7. 使用にあたって特に注意を受けた薬はありますか？

いいえ・はい 薬の名前(\_\_\_\_\_)

8. ビスフォスフォネート系薬剤（骨粗鬆症治療薬）を服用していますか

いいえ・はい

9. 身長は現在も伸びていますか？

いいえ・はい

10. 女性の方のみお答え下さい。初潮の時期はいつでしたか？

無・有 ( \_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月頃)

2. 鼻・のどについて

1. 普段どちらで呼吸していますか？ 鼻・口・両方
2. 鼻で呼吸するための障害がありますか？  
いいえ・はい(\_\_\_\_\_)
3. 扁桃腺はよく腫れますか？
- いいえ・時々・はい
4. 扁桃腺をとりましたか？  
いいえ  
はい(\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月頃)病院名(\_\_\_\_\_)
5. アデノイドがあるといわれたことがありますか？  
いいえ・はい

3. 歯・あごについて

1. 乳歯の頃の虫歯は？ 無・少・中・多・不明
2. 乳歯は順調に生えましたか？
- いいえ・はい・不明
3. 乳歯から永久歯への交換は順調でしたか？  
いいえ・はい・不明
4. 麻酔をしたことがありますか？
- いいえ・はい  
その時何か問題がありましたか？  
いいえ・はい(\_\_\_\_\_)
5. 歯を抜いたことがありますか？
- いいえ・はい
6. 血が止まりにくいですか？
- いいえ・はい
7. 顎が痛かったり、雑音がしたり、口があげにくいことがありますか？
- いいえ・はい
8. ストレスの多い生活をしていると思いますか？  
いいえ・はい
- ストレスの原因(\_\_\_\_\_)
9. 頭・顎・歯などを強く打ったことがありますか？  
いいえ・はい(\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月頃)原因(\_\_\_\_\_)

4. 習癖について

1. 過去または現在において該当する習癖があれば〇をおつけ下さい  
乳首の常用・指しゃぶり・唇をかむ・舌を出す・  
布やタオルなどをかむ・頬杖をつく・爪をかむ・  
歯ぎしり・寝るときに特定の姿勢をとる
2. 上記の癖はいつ・どんなときにありましたか？  
いつ(\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月頃～\_\_\_\_\_歳\_\_\_\_\_ヶ月頃)  
どんな時(\_\_\_\_\_)  
頻度 : たえず・しばしば・時々・まれに

5. 当院では抜歯や虫歯の治療など一般歯科治療は行いません。かかりつけの歯科医院がありましたら、ご記入下さい

住所： \_\_\_\_\_  
 医院名： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)  
 電話： \_\_\_\_\_