



No. _____

問診票

_____年 _____月 _____日

ご記入者名 _____

私達の診療室によろこそ！！

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○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. ご家族が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、口があけ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○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：_____