

矯正用問診表

カルテ No.

筒井歯科医院

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
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、うけ口、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、のどなどの病気について

1. 扁桃やアデノイドはよく腫れる いいえ・はい
2. 鼻がよくつまる いいえ・はい
3. 口を開けていることが多い いいえ・はい
4. 特に発音しにくい音がある いいえ・はい ()
5. 舌が動きにくい いいえ・はい
6. 顔や口、歯を強く打ったことがある いいえ・はい (いつ)
7. 顎骨の病気や手術をしたことがある いいえ・はい (いつ)
8. 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

1. 乳歯のときの歯並びは 普通・うけ口・出っ歯
その他 ()
2. 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
3. 虫歯が多い いいえ・はい
4. 虫歯の治療をしたことがある いいえ・はい
5. 歯磨きをする いいえ・はい
いつですか 朝起きて 朝食後 昼食後 夕食後 寝る前 その他
6. 今の歯並びに気づいたのはいつですか
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
7. 本人は歯並びを気にしている いいえ・はい
8. 本人は治したいと思っている いいえ・はい
9. 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 ()
10. 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. 口を開けるときの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
()

☆ 身体の発育について

両親の身長
父： c m 母： c m
本人の身長： c m 体重 kg (大きい方・中位・小さい方)
初潮： 才
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)

☆ 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・落ち着いた・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