

矯正治療質問表 成人用

平成 年 月 日

フリガナ

患者氏名

生年月日 年 月 日生 (歳 カ月) 男・女

住所 〒

携帯

勤務先又は学校名

将来転職の可能性は? なし あり(いつ頃? 転職先:)

矯正を紹介されたのは? 歯科医院()

患者さん()・ホームページ・

その他()

下の質問について(で囲んでください。)

1) 現在の歯並びでどこが一番気になりますか?

- 1 出っ歯 2 受け口 3 乱杭歯 4 八重歯 5 歯のねじれ 6 歯の隙間
7 歯がはえてこない 8 発音がはっきりしない 9 顔・顎が曲がっている
10 唇が閉じにくい 11 その他()

2) 治療内容について

- 1 歯並びで悪いところは全て治したい 2 特に気になる部分だけを治したい

3) ご両親, ご家族あるいは親戚の方で患者さんと似たかみ合わせの方がおられますか?

なし あり(続柄 父方の 母方の)

4) 矯正治療で心配なことはありますか?

- 1 特にない 2 装置が目立つこと 3 痛み 4 虫歯・歯磨き
4 歯槽膿漏(歯がぐらぐら) 5 治療費 6 治療期間
7 その他()

5) 矯正治療を受けたことがありますか? または現在受けていますか?

なし あり(歳位から 歳位まで
歯科医院名または地名・国名)

6) 通院について

- 1 月1回の通院が可能ですか? 可能 不可能 わからない
2 通院に要する時間(分)
3 通院に都合のよい曜日(月 火 水 木 金 土 日)(午前 午後 夜)

次のページに続きます。

7) ご本人の健康状態について

全身状態（治療に影響を与えますので明確にご記入ください）

- ご本人の健康状態は？ よい 他（ ）
- 今医者にかかっていますか？ いいえ はい（ ）
- （病院名 担当医 ）
- 特異体質、アレルギーがありますか？ いいえ はい（ ）
- リュウマチ・痛風の既往または疑いがありますか？ いいえ はい
- ご家族かご本人が肝炎にかかったことがありますか？
- い いいえ はい（ご家族・ご本人）（A型 B型 他）
- 使用にあたって特に注意をうけた薬がありますか？
- い いいえ はい（ ）
- 精神的にストレスの既往がありますか？ いいえ はい（通院 なし
あり 服用中の薬名 ）

鼻・のどについて

- 普段どちらで呼吸していますか？ 鼻 □ 両方
- 就寝時はどちらで呼吸していますか？ 鼻 □ 両方
- 鼻で呼吸するための障害がありますか？ ない ある（ ）
- 扁桃腺をとりましたか？ いいえ はい
- アデノイドがあるといわれたことはありますか？ いいえ はい

歯について

- 歯科医院で麻酔をしたことはありますか？ いいえ はい
- その時何か問題はありましたか？ いいえ はい
- 事故などで歯・顎・頭をぶつけたことはありますか？
- い いいえ はい（ 歳位の時どこを ）
- 覚えている範囲で歯を抜いたことはありますか？
- い いいえ はい（ 歳位の時どこを ）
- 一日に何回歯をみがきますか？ （ 0 1 2 3以上 回 ）

次のページに続きます。

習癖について

(該当するものは で囲んでください。)

爪をかむ・鉛筆をかむ・指しゃぶり・唇、舌をかむ

ものを飲み込むとき舌を前歯におしつける

口で呼吸してしまう (昼 就寝時 両方 わからない)

口があいていることが多い (昼 就寝時 両方 わからない)

いびき・歯軋り・食いしばり (昼 就寝時 両方 わからない)

就寝時は 仰向け うつぶせ (右を下 左を下 両方 わからない)

頬ずえ なし あり(右 左)

食事は (右噛み 左噛み 両方 わからない)

他にご質問があればお願いいたします

ありがとうございました



そのこ矯正歯科

042-740-8817