

問診表（個人情報保護法によりプライバシーは厳守されます）

裏面までご記入ください。

* 黒いボールペン等（鉛筆以外）でご記入をお願いします。

初診相談日 西暦：20 年 月 日

本人氏名	(ふりがな)	性別：男・女
	(漢字)	
学校または職業：	学校名： (年生)	年齢： 歳 カ月
住所：〒		電話番号 自宅：() - 携帯：() -
Email： @		
保護者氏名（患者様が未成年の場合のみご記入ください） 氏名： 様		優先連絡先（10時から18時の間） 自宅・携帯・その他（ ）
勤務先： 転勤：無・有り（ 年後位）		かかりつけの歯科医院 歯科医院名：

* 当てはまるものに○をつけてください。

◆**今回のご来院の目的は何ですか？**（複数回答可）

① 相談のみ ② 治療の開始時期を知りたい ③ 治療を始めたい
④ その他：（ ）

◆**こちらに来院された動機や特に聞きたいことなどがございましたらご記入ください。**

◆**これまで矯正の相談をしたことがありますか？**（複数回答可）

① 初めて相談する ② 矯正専門医院で相談したことがある（回数： 回） ③ 一般歯科で相談したことがある
④ その他：（ ）

◆**当院を何でお知りになりましたか？**（複数回答可）

① 歯科医院に紹介されて（ 歯科医院名： 歯科医師： 先生）
② 当院の患者様に紹介されて； 様
③ 友人・知人の紹介： 様
④ 口コミ ⑤ 通りがかり ⑥ 近所だから ⑦ ホームページを見て気になった。
⑧ インターネットで検索したらでてきた（*検索した場合は、検索語句に○をつけてください。複数回答可）
・ 矯正 ・ 歯並び ・ 歯科 ・ 大倉山 ・ 裏側矯正 ・ 女医 ・ 日本矯正歯科学会認定医 ・ その他（ ）

◆**気になるところはどこですか？**（複数回答可）

① デコボコしたところがある ② 上の歯・顎がでている ③ 下の歯・顎がでている ④ 上下の歯が咬み合わない
⑤ 前歯の咬み合わせが深い ⑥ 隙間がある ⑦ 顎の動きがおかしい・音が鳴る ⑧ 顎を開けると痛みがある ⑨ 歯茎が見えすぎている気がする ⑩ 口元が出ている
⑪ その他：（ ）

◆**矯正治療で特に心配なこと・気になる場所などがございましたら、ご記入ください。**
(例：痛み・治療期間・費用・抜歯の有無・虫歯・装置について・後戻り など)

◆**矯正治療上、抜歯が必要になることがあります、どのようにお考えですか**（いずれかに○をつけてください）

ご本人	治療上必要があれば問題ない・できれば抜きたくない・絶対抜かないで直したい・治療を諦める
保護者の方	治療上必要があれば問題ない・できれば抜きたくない・絶対抜かないで直したい・治療を諦める

◆興味のある矯正装置はありますか？

- ①表側矯正 ②ホワイトワイヤー ③裏側矯正（上のみ） ④裏側矯正（上下） ⑤マウスピース矯正
⑥床矯正 ⑦その他：（ ）

◆治療についてご本人・保護者の方はどのように思っておりますか？（いずれかに○をつけてください）

ご本人	非常に積極的 ・ まあまあ積極的 ・ どちらでもない ・ やや消極的 ・ やりたくない ・ その他
保護者の方	非常に積極的 ・ まあまあ積極的 ・ どちらでもない ・ やや消極的 ・ やりたくない ・ その他

◆ご本人の生活環境について、ご記入ください。

- ① 月 1 回の通院（約 30 分から 1 時間）が可能：はい ・ いいえ ・ その他（ ）
 ② ご本人の習い事・クラブ活動： □スポーツ：（ ） □習い事：（ ）
 ③身近に矯正治療を経験された方がいる場合、チェックをつけてください（複数回答可）
 □父：（ 歳頃） □母：（ 歳頃） □兄弟姉妹：（ 歳頃） □親戚 □友人
 ④歯並びは遺伝的な要因も関係しています。ご家族の中（両親・兄弟姉妹・祖父母・叔父叔母など）で関係がありそ
 うな方を記入してください。（記入例：デコボコがある・出っ歯・受け口・かみ合わせが深い・歯の数が足りないなど）

続柄	年齢	歯並び・矯正治療経験の有無など

◆ご本人の健康状態について（いずれかに○をつけてください）

《鼻咽頭について》

- ① 口を開けていることが多い（はい ・ 時々 ・ いいえ ・ アレルギーの時期だけ ・ その他： ）
 ② 鼻が詰まりやすい（はい ・ 時々 ・ いいえ）
 ③ 呼吸がしやすいのは（鼻 ・ 口 ・ 両方）
 ④ 扁桃腺が腫れやすい（はい ・ 時々 ・ いいえ ・ 取った： 歳頃）
 ⑤ いびきをかく（はい ・ 時々 ・ いいえ）
 ⑥ 現在、耳鼻科に通院中（はい： 年 月頃から ・ いいえ ・ その他： ）

《全身の状態・その他について》

- ① 現在通院中の病気がありますか（はい ・ いいえ） 病名：
 ② 感染症・肝炎など大きな病気をしたことがある（はい・いいえ） 病名・時期：
 ③ 現在、服用中の薬がある（はい・いいえ） 薬名：
 ④ アレルギー（金属・薬・食べ物・など）がある（はい・いいえ） アレルギー：
 ⑤ 歯や顎をぶつけたことがある（はい・いいえ） 時期・部位：
 ⑥ 顎を開けるとときに痛みや音があることがある（はい・いいえ） 症状：
 ⑦ 虫歯になり易い（はい ・ いいえ ・ 現在治療中： 歯科医院名： ）
 ⑧ 乳歯の時、虫歯が多かった（はい ・ いいえ）
 ⑨ 現在、身長は伸びている（はい ・ いいえ）
 ⑩ 初潮はきましたか（はい： 歳 カ月頃から ・ いいえ） *女性のみ
 ⑪ 現在、妊娠している（はい： 年 月出産予定 ・ いいえ ・ わからない） *女性のみ
 ⑫ その他当院に伝えておきたいこと：

◆習癖について *ご自身やご家族からみて、過去にも思い当たるところがあれば○をつけてください（複数回答可）

- ①爪や指をかんでいる ②指しゃぶり ③唇をかむ ④鉛筆などの物をかんでいる ⑤布やタオルをかんでいる
 ⑦ 歯ぎしり ⑦舌を出す ⑧頬杖をつく ⑨同じ姿勢で寝る（左右どちらか・うつ伏せ寝など）
 ⑫ その他（