

小坂矯正歯科 問診票

ふりがな		男	女
お名前		生年月日	年 月 日 歳 月 日
住所	〒	TEL	携帯
勤務先・学校名	(年)	転居・転勤の可能性	有 無
保護者・配偶者		保護者・配偶者職業	
緊急連絡先 (必ずご記入ください)	携帯・会社・その他() TEL:		

家族(親族)の歯並びについて *当てはまる歯並びに○をつけてください。

続柄	年齢	歯並びについて(複数回答可)
		普通・出っ歯・受け口・でこぼこ・矯正済・わからない

歯並びに対する関心

- ①どの部分がどのように気になりますか
()
- ②本人が気にしていますか (はい いいえ)

お口・お顔について

- ①虫歯は多いですか (はい いいえ)
- ②顔・あご・歯などを強く打ったことがありますか
(はい いいえ)
- ③あごの関節に違和感を感じたことがありますか
(はい いいえ)
- 右側：痛み・開けにくい・音・その他()
- 左側：痛み・開けにくい・音・その他()

鼻・咽頭の病気について

- ①扁桃腺またはアデノイドをとりましたか
(はい いいえ)
- いつ頃
- ②扁桃腺はよくはれますか (はい いいえ)
- ③昼間よく口をあけていますか (はい いいえ)
- ④鼻炎傾向はありますか (はい いいえ)

全身の状況について

- ①これまで大きな病気をしたことがありますか
(はい いいえ)
- (詳細:)
- ②現在の健康状態に問題はありますか
(はい いいえ)
- (詳細:)
- ③アレルギーはありますか
- 金属 () 食べ物 ()
- 薬 () その他 ()
- ④止血しにくいですか (はい いいえ)
- ⑤歯の注射に対する特別な反応が今までに
ありましたか (はい いいえ)
- ⑥現在の発育状況は標準より小さいですか
(お子様の場合) (はい いいえ)
- ⑦妊娠の可能性はありますか
(女性の場合) (はい いいえ)

生活における因子

- ①現在、あるいは過去に指・唇・つめ等について
癖がありますか (はい いいえ)
- ()
- ②癖が行われた期間
才～ 才・ 現在
- ③癖の現れ方 (たえず・ときどき・まれに)
- ④間食の頻度 (回/日)
- 今までに、矯正治療について話を聞いたことがありますか
(はい いいえ)

かかりつけの歯科医院がございましたらご記入下さい

歯科医院名: _____

担当医: _____

当診療所への来院の動機

- ①自分ないし家族が見つけた
- 看板 () インターネット ()
- 駅・電車より() 通りがかり ()
- ②家族(親戚)・友人に教えてもらった
- 氏名 _____
- ③歯科医師に紹介された
- 氏名 _____
- 住所 _____