

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
		普通・出っ歯・受け口・でこぼこ・矯正済・わからない
		普通・出っ歯・受け口・でこぼこ・矯正済・わからない
		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がありますか  
( 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 \_\_\_\_\_