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　ヶ月
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呼吸はどちらでることが多いですか？
（ 鼻呼吸　・　口呼吸　・　わからない ）
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　歯科麻酔経験なし ）
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 ）

日々の習慣について

①現在、あるいは過去に指・唇・つめ・頬杖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
＿＿年～　＿＿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 ）

これまで、矯正治療の経験はありますか
いつ頃：＿＿＿＿＿＿
治療内容：＿＿＿＿＿＿

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自分が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＿＿＿＿＿＿