

矯正治療 問診表

記入日 令和 年 月 日

氏名	男 女	年齢	生年月日 昭 平 令 年 月 日
		歳 ヲ月	連絡先TEL

以下の質問にお答えください。当てはまるところに☑を入れてください。

〈治療動機についてお聞かせください〉

1-0. 今回希望されているご相談内容について（複数回答可）

- 無料相談のみ 虫歯、歯周病の検査も含む

1-1. 今、気になっているお悩みは何ですか？（複数回答可）

- 歯並びのガタガタ 噛み合せのズレ 出っ歯 下あごの突出感 受け口
 八重歯 すきっ歯 学校検診にて指導 その他()

1-2. 気になり始めたのはいつ頃ですか？ ☑を入れて、必要なところをご記入ください。

- 今から____年前頃から ____歳頃から 小・中・高・大学 ____年生頃から

1-3. 気になったきっかけは？

- 周りの人に指摘された 自分で気づいた

〈お口の状態について〉

2-1. 今までに矯正治療の経験はありますか？

- ない ある → ____歳から ____歳頃まで

2-2. 2-1で『ある』と答えた方: その矯正治療はどのような治療でしたか？（複数回答可）

- 取り外し式の装置を使用 固定式の装置を使用 抜歯を伴う治療
 マウスピースを用いた治療 その他()

2-3. 今まで虫歯は多かったですか？

- 少ない 普通 多い

2-4. 顎の関節に異常を感じたことはありますか？

- ない ある

2-5. 昼間や寝ているときに口を開けていますか？

- いいえ わからない はい

2-6. 口の周りをぶつけたことはありますか？

- ない ある → ____歳頃

2-7. 過去、または現在に至るまで、口のまわりで頻繁にみられる習癖はありますか？

- おしゃぶりの常用 指しゃぶり 頬杖をつく 舌を噛む 爪を噛む
 くちびるを噛む くちびるを吸う 布などを噛む 歯ぎしりをする
 その他()

次のページへ続きます

〈家族・親族のお口の状態〉

3-1. 家族・親族で歯並びの悪い方はいますか？

いない

いる → 祖父/祖母/父/母/兄弟姉妹 が 出っ歯/受け口/がたがた/すきっ歯
祖父/祖母/父/母/兄弟姉妹 が 出っ歯/受け口/がたがた/すきっ歯
祖父/祖母/父/母/兄弟姉妹 が 出っ歯/受け口/がたがた/すきっ歯

〈その他〉

4-1. 習い事や部活など、頻繁に行うものがあればご記入ください

吹奏楽（楽器： ） 合唱 英会話
 水泳 球技（ ） その他（ ）

4-2. 以下に気になる項目がありますか？

痛みに関して 期間について 費用について 抜歯の必要性について
 開始時期について 舌側矯正について マウスピース矯正について
 矯正装置が目立たないか

4-3. 矯正のご相談は当院が初めてですか？

初めて → 他にも相談に行く予定はありますか？ ない ある
 2件目以降 → ご相談に行かれた医院や相談内容を教えてください

例)〇〇矯正歯科でワイヤー矯正の話聞いた。

4-4. その他、診療に関するご希望・ご質問があればご記入ください

以上で問診表のご記入は終わりです。
ありがとうございました。
受付へご提出ください。