Watanabe Orthodontic Office

# 初診問診表

来院日　　年　　月　　日

| 9 ー | No. |
|---|---|

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 学校またはご職業（勤務先） | | |
| 氏名 | | 男・女 | | | |
| 生年月日 | 西暦　　年　　月　　日 | | 年齢 | 歳　　ヵ月 | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| ご連絡先（自宅・携帯） | | | かかりつけ歯科 | | |
| 緊急連絡先 | | | 転勤（転居）の可能性　あり・なし | | |
| ✉ | メールアドレス | | | | |
| | メールでのご連絡を希望　する・しない | | | | |
| | ご本人またはご家族の矯正治療経験　あり（続柄　　）・なし | | | | |

＊保護者（治療される方が未成年、学生の場合はご記入下さい。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | ご連絡先（自宅・携帯） | 勤務先・ご職業 |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | | |
| メールアドレス | | | メールでのご連絡を希望　する・しない |

## ＊ご来院された動機（気になっている項目をすべて□にチェックして下さい。）

□でこぼこ　□歯のねじれ　□八重歯　□すきっ歯　□出っ歯　□受け口　□前歯が咬まない
□奥歯が咬まない　□咬み合わせが深い　□物を咬み切れない　□お口がとじづらい　□上の歯が出ている
□下の歯が出ている　□あごが曲がっている　□顔の形が気に入らない　□上のあごが出ている
□下のあごが出ている　□あごが「ガクガク」する　□お口が開きづらい　□あごが痛い　□あごが疲れる
□歯ぎしりをする　□その他（　　）

## ＊ご本人は歯並びを気にされていますか？

□非常に気にしている　□少し気にしている　□全く気にしていない

## ＊保護者の方は歯並びを気にされていますか？（治療される方が未成年、学生の場合はご記入下さい。）

□非常に気にしている　□少し気にしている　□全く気にしていない

## ＊ご本人は歯並びを治すことに対してどうお考えですか？

□絶対に治したい　□必要があれば治したい　□治したくない

## ＊当院をどのようにどのようにお知りになりましたか？

□病院からの紹介（　　）□ホームページ　□看板　□その他　（　　）
□当院に通院されている患者さんのご紹介（　　）
□知人からのご紹介（　　）

## ＊当院までの交通手段

□クルマ　□徒歩　□自転車　□バス　□電車　□その他（　　）

## ＊当院までの通院時間　（　　）分

裏面もありますので、ご記入下さい。

Watanabe Orthodontic Office

## ＊以下の質問に対して当てはまる選択肢に〇をつけて下さい。

（ ）には分かる範囲でご記入下さい。

１．今までに歯の治療を受けたことありますか？　ある　ない
２．歯の麻酔中に具合が悪くなったことがありますか？　ある　ない
３．今までに大きな病気をしたことがありますか？　ある（　　）　ない
４．鼻・呼吸器系のアレルギーはありますか？　ある（　　）　ない
５．今までに薬の副作用がみられたことがありますか？　ある（　　）　ない
６．現在服用している薬はありますか？　ある（　　）　ない

## ＊お口の中について

１．１日の歯磨きをする回数　１回　２回　３回以上
２．虫歯の数　多い　少ない　わからない
３．歯並びが悪くなったと感じたのはいつ頃からですか？
乳歯の時　永久歯に生え代わる時　永久歯になってから　大人になってから

## ＊癖について

1. 以下の癖について以前にしていたものは□にチェック、現在もしているものは〇で囲んで下さい。
□指しゃぶり（どの指か　　）　□唇を咬む　□舌を咬む　□布切れを咬む
□爪を咬む　□鉛筆を咬む　□頬づえ（　右手　左手　両手　）　□歯ぎしり
□咬みしめ

2. 癖の時間
（　　）歳頃から（　　）歳頃まで　現在も続いている
3. 癖はどんな時に行われますか？〇で囲んで下さい。
１日中　眠い時　勉強しているとき　遊んでいるとき　何もしてないとき
その他（　　）

＊ 通院しやすい曜日や時間帯、ご希望の治療方法など、その他のご要望などがありましたら、ご自由にお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。