

初診問診表

9-	No.	来院日		年	月	日
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	歳	か月
		ご連絡先(自宅・携帯)		かかりつけ歯科医院		
住所	〒					
緊急連絡先						
メールアドレス	メールでのご連絡を 希望する ・ 希望しない					
転勤(転居)の可能性 あり・なし		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)	勤務先またはご職業
氏名			
住所	〒		
メールアドレス	メールでのご連絡を 希望する ・ 希望しない		

来院された動機 (気になっている項目をすべて口にチェックしてください。項目がない場合は「その他」に具体的に記入ください)

- 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考えていますか？

- 絶対に治したい 必要があれば治したい したくない

どのように当院を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。

初診問診表

以下の質問に対して当てはまる選択肢に○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がありますか？ | 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 |
| 4. 金属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. むし歯の数 | 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とき | 永久歯になってから | 大人になってから |

癖について

- 以下の癖について以前にしていたものは□、現在もしているものは○をつけてください。
指しゃぶり (どの指か) 唇を咬む 舌を咬む 布きれを咬む 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
- 癖の期間 () 歳頃から () 歳頃まで 現在も続いている
- 癖はどんな時に行われますか
一日中 眠いとき 勉強しているとき 遊んでいるとき 何もしていないとき 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、ご自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。