



来院日

		性別		学校またはご職業(勤務先)	
		〒			
	メールアドレス				

主所			

☐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（ ）

☐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☐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

☐絶対に治したい ☐必要があれば治したい ☐治したくない

☐ 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()

☐クルマ ☐徒歩 ☐自転車 ☐バス ☐電車 ☐その他()

裏面もありますので、ご記入下さい。

*** 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 |
| 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○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？○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。