

矯正治療問診票 (子ども用)

年 月 日 記入
 記入者: 父・母・その他 ()

この問診票は、矯正治療を開始するにあたって診断や治療方針をたてるための大切な資料となりますので、できるだけ詳しくお書きください。

氏名 (本人)	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 () 才	
	(〒 -)				
住所					
電話番号	() -	本人携帯	() -		
E-mail			学校名		
クラブ活動					

保護者氏名	ふりがな	本人との続柄	父・母・その他 ()		
住所・電話	※上記と異なる場合のみご記入下さい Tel() -				
保護者携帯	() -	E-mail			
職業			勤務先		
緊急連絡先	Tel() -		転居の可能性	なし・あり (いつ頃:)	

●かかりつけの歯科医院名

_____ (住所: _____) 市区町村名まで

●本人は歯列矯正をすることに積極的ですか。 はい ・ いいえ

●保護者はお子様の歯列矯正をすることに積極的ですか。 はい ・ いいえ

●来院のきっかけは?

- ・ ホームページを見て ・ チラシを見て ・ 医院外観を見て ・ 電話帳を見て ・ 近所なので
- ・ 知人からの紹介 (紹介者名 _____ さん)
- ・ 歯科医師からの紹介 (医院名 _____)

【1】主訴

① お子様の口元、および歯ならびが気になりますか?当てはまるものに○をして下さい。

- ・ 非常に気になる
- ・ 少し気になる
- ・ 分からない
- ・ あまり気にならない
- ・ 全く気にならない

② 次のうち、気になるもの全てに○をして下さい。

- ・ 歯ならびがデコボコしている
- ・ 上の歯が出ている
- ・ 下の歯が出ている
- ・ 横顔(口元が出ている)
- ・ 噛んだとき上と下の歯が噛み合わない
- ・ 噛み合わせが深い
- ・ 笑ったときの歯と歯ぐきの見え方
- ・ その他()

③ お子様の歯ならびをどのようにしたいですか?

- ・ 矯正治療で改善させたい
- ・ 分からない
- ・ 問題なさそうなので、矯正の必要性は低い

④ 歯ならびが気になりだしたきっかけは何ですか?あてはまるもの全てに○をして下さい。

- ・ 本人の顔立ちを見て
- ・ 本人の写真を見て
- ・ いつも口が開いているので
- ・ 学校検診で指摘されて
- ・ 友達に指摘されて
- ・ 通っている歯科医院で指摘されて
- ・ 本人が気にしているので
- ・ 他の保護者から聞いて
- ・ 親の歯ならびが悪いので
- ・ 食べ方がおかしいので
- ・ 歯みがきをするのが難しいので
- ・ 雑誌やテレビを見て
- ・ その他()

⑤ 矯正治療で不安を感じるのはどのようなことですか?該当するもの全てに○をして下さい。

- ・ 費用が高額
- ・ 費用の支払い方法
- ・ 治療方法
- ・ 治療期間がどれくらいかかるか
- ・ 永久歯を抜く
- ・ 治療中の痛み
- ・ 矯正装置の見た目
- ・ 歯ならびが改善するかどうか
- ・ 歯科医師の人柄
- ・ 歯科医師の技術
- ・ 医院の雰囲気
- ・ スタッフの人柄
- ・ 長期間子どもが通院できるかどうか
- ・ 子どもを通院させる手間
- ・ その他()

⑥ 矯正治療を受けると、どのようなメリットがあると思いますか?

また、矯正治療に何を期待しますか?あてはまるもの全てに○をして下さい。

- ・ 口元が美しくなることで、美しい顔立ちになる
- ・ 顔立ちが美しくなると、自分の顔に対するコンプレックスが少なくなる
- ・ 歯ならびが整うことで、生涯自分の歯で食べることが出来る可能性が高まる
- ・ 正しい噛み合わせを構築することで、健康を維持することが出来る
- ・ 歯みがきをする習慣が身につく
- ・ その他(ご質問やご要望などもあわせて、ご自由にお書き下さい)

【2】 既往歴や健康状態について

① お子様がかかったことのある病気をチェックし、その年齢をご記入下さい。

<input type="checkbox"/> 肝臓疾患(型肝炎) _____ 才	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 _____ 才
<input type="checkbox"/> 腎臓疾患 _____ 才	<input type="checkbox"/> 消化器疾患 _____ 才
<input type="checkbox"/> 喘息 _____ 才	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 _____ 才
<input type="checkbox"/> その他大きな病気の名前と年齢 _____ (才) _____ (才)	

② 食品や薬品に対するアレルギーはありますか。

いいえ ・ はい (食品名: _____ 薬品名: _____)

③ 今までに歯科治療で歯を抜いたことがありますか。 はい ・ いいえ
そのときに気分が悪くなったことがありますか。 はい ・ いいえ

④ 出血が止まりにくいことはありますか。 はい ・ いいえ

⑤ 現在病気で通院していますか。

いいえ ・ はい (病名: _____ 病院名: _____ 常用薬: _____)

⑥ 以下の質問の当てはまる方に○をして下さい。

- ・ 乳歯の頃、虫歯は多かったですか。 はい ・ いいえ
- ・ 鼻がよくつまりますか。 はい ・ いいえ
- ・ のどがよく腫れますか。 はい ・ いいえ
- ・ 中耳炎をよく起こしますか。 はい ・ いいえ
- ・ あごや歯を強く打ってケガをしたことがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ あごの関節の音がすることがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ あごの関節が痛むことがありますか。 はい ・ いいえ
- ・ 口を大きく開けられないことがありますか。 はい ・ いいえ

⑦ お子様の睡眠中の様子についてお教え下さい。

- ・ 睡眠中、歯ぎしりをしますか。 いいえ ・ はい (毎晩 ・ 時々)
- ・ いびきをかきますか。 いいえ ・ はい (毎晩 ・ 時々)
- ・ 特定の姿勢で寝ていますか。 いいえ ・ はい (毎晩 ・ 時々)

