

矯正治療問診票（成人用）

年 月 日記入

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	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 ()才
	(〒 -)			
住所	(〒 -)			
電話番号	() -	携帯	() -	
E-mail			職業	
勤務先			転居の可能性	なし
緊急連絡先	Tel() -			あり(いつ頃:)

●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)

●かかりつけの歯科医院名: _____ (住所: _____)
市区町村名まで

【1】主訴

① 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 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。

- ・自分の顔立ちを見て
- ・自分の写真を見て
- ・いつも口が開いているので
- ・家族に指摘されて
- ・友達に指摘されて
- ・通っている歯科医院で指摘されて
- ・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()

④ 矯正治療で不安を感じるの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
- ・ その他()

⑤ 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。

- ・ □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
- ・ 自分の歯への関心が高まる
- ・ その他 (ご質問やご要望など、ご自由にお書き下さい)

【2】 既往歴や健康状態について

① 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: _____)

【4】ご家族について

① お父様の歯ならびは

・ 普通 ・ 出っ歯 ・ 受け口 ・ 前歯がデコボコ ・ 前歯が噛み合わない

② お母様の歯ならびは

・ 普通 ・ 出っ歯 ・ 受け口 ・ 前歯がデコボコ ・ 前歯が噛み合わない

③ ご家族・ご親族に今まで矯正治療や外科矯正手術、あごの手術などをされた方はおられますか。 いらっしゃる場合は続柄(祖父母、叔父叔母、従兄弟まで含む)と共に内容をお書き下さい。

【続柄： 】治療時の年齢： _____ 才 治療内容： _____

【続柄： 】治療時の年齢： _____ 才 治療内容： _____

【続柄： 】治療時の年齢： _____ 才 治療内容： _____

【続柄： 】治療時の年齢： _____ 才 治療内容： _____

ご記入いただく項目は以上です。ありがとうございました。