

この質問事項は、矯正治療にあたって診断や治療方針をたてるために大切な資料となるものですから
詳細にご記入ください。(該当する項目にレ印をつけて下さい)

※保護者の方が記入される場合は、患者さん本人と相談の上、記入して下さい。

氏名

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
記入者 _____ 本人 _____ 父 _____ 母 _____ その他 (_____)

なお、この調査事項は医学上の事柄ですので、秘密は厳守いたします。

1. 治療に対する気持ち

ご本人以外で、どなたがお子様の歯並びを気にしていますか？

父 母 その他 (_____)

歯並びを治すことにご本人の気は進んでいますか？

しなければならぬと思っている あまり気が進まないが必要ならばする
したくないと思っている 年齢的に本人はよくわからないが、親がしてあげたいと思っている

2. ご家族の歯並びの状態

ご本人を含むご家族の歯並びについて、分かる範囲で下記の用語から選択しご記入ください。ご本人には○を付けて下さい。

〈歯並びの状態の用語〉

きれいな、ふつう、やや凸凹、ひどい凸凹、八重歯、受け口、やや出っ歯、ひどい出っ歯
すき歯、かみ合っていない、深く咬んでいる、など

続柄	年齢	性別	歯並びの状態
父(夫)			
母(妻)			
第一子			
第二子			
第三子			

3. 現在または過去に次のような癖がありましたか？(該当するものは全てチェックをしてください)

おしゃぶり 指しゃぶり (特に 左、右の 指)
爪かみ (特に 左、右の 指) 歯ぎしり
唇を噛む 舌を噛む 舌を吸う 衣類布地などを噛む
鉛筆その他のものを噛む (何を _____) 頬杖をつく (右、左、両手)
睡眠中の姿勢 (上向き、 横向き、 うつ伏せ)
睡眠中の様子 (いびき 歯ぎしり)
その癖はいつまで行っていましたか？ _____ 才ごろまで 今も続いている
癖はない

4. これまでに顔や口、顎、歯を強く打ったことがありますか？

いいえ はい (_____ 才ごろ)
どんなことで (_____)

5. 鼻・咽喉の病気

日頃よく扁桃腺が腫れますか？ いいえ はい (風邪をひいたとき ・ その他 _____)
扁桃腺(アデノイド)をとりましたか？ いいえ はい (_____ 才ごろ)
よく鼻が詰まりますか？ いいえ はい
日中、よく口を開けていますか？ いいえ はい
睡眠時、口を開けていますか？ いいえ はい
以下の耳鼻科系の疾患はありますか？
花粉症 慢性鼻炎 副鼻腔炎 喘息 鼻アレルギー (ハウスダスト・その他 _____)
その他 (_____)

6. 全身の健康状態

次の病気にかかったことありますか？ 肺疾患 心疾患 血液疾患 肝炎 その他 (_____)
使ってはいけない薬はありますか？ ない ある (薬の名前 _____)
ご家族で肝炎にかかった方がいますか？ いない いる (いつ _____ 才ごろ) _____)

7. 日常生活状態

夜尿をすることがある 日中眠い 朝起きづらい 睡眠時間が少ないと思う (熟睡していない)
夜中に寝返りをよくうつ 疲れやすい 集中力がない 昼間、頭がボウとする
昼間、口をよく開けている

8. 性格は？

神経質 のんびりしている 何に対しても積極的に取り組む 人見知りする（人前で消極的）
恐怖心が強い 落ち着きがない 泣き虫 内弁げい 甘えっ子 その他（ ）

8. 噛むことと食事について

甘いものが好きですか？ あまり食べない 好き 特に好き
よく飲む飲み物は何ですか？ 水 お茶 スポーツ飲料 炭酸飲料 コーヒー・紅茶
好物の食べ物を教えてください？ _____
間食をよくしますか？ 自宅 家の外 ファーストフード店 学校 塾
奥歯で物を噛み砕くことができますか？ はい いいえ
同じ食事をしても他人より長く時間がかかりますか？ はい いいえ
水、お茶、牛乳などがないと食事が進みませんか？ はい いいえ

9. その他の口腔内症状で気になることについて

口臭がありますか？ はい いいえ
歯磨きの時に、歯肉から血が出ることがありますか？ はい いいえ
永久歯がぐらぐら動くようになったと思いますか？ はい いいえ
発音しにくい言葉がありますか？ ない ある（たとえば _____）
他人から聞き取りにくいと指摘されたことがありますか？ ない ある

10. 顎の関節について

口を開閉するとき耳の前のところで音がしますか？ はい（いつから _____） いいえ
口を大きく開けることができますか？ はい いいえ
口を開けたり物を噛んだりするときに、顎の関節や筋肉が痛みますか？ はい いいえ
顎の動きがぎこちなく感じますか？ はい いいえ
日中、歯を食いしばることがありますか？ はい（どんなとき _____） いいえ

11. 通院方法は？

徒歩 自転車 J R バス・電車 車
通院時間：約 _____ 時間 _____ 分
来院できない曜日と時間があればご記入下さい（ _____ ）

12. 近い将来（2～3年）に住居変更の予定がありますか？

いいえ
はい（時期： _____ 年 _____ 月頃／未定）（理由：転勤／進学／その他 _____）（移転地： _____ /未定）

13. 歯の健康状態（10歳までの方）※お子様だけ記入してください

授乳はどれでしたか？ 母乳 人工乳 母乳と人工乳 授乳 _____ 才頃まで まだ行っている
乳歯の時、歯並びやかみ合わせはどうでしたか？（該当するものすべてにチェックをしてください）
きれい 出歯 受け口 歯の間にすき間があった 深く咬んでいた
前歯がかみ合っていなかった その他（ _____ ）

14. 学校のクラブ活動又は習い事（16歳までの方）※お子様だけ記入してください

クラブ名（水泳、吹奏楽、その他 _____） 活動日： _____ 曜日 _____ 曜日）
習い事（水泳、吹奏楽、その他 _____） 活動日： _____ 曜日 _____ 曜日）

15. 当院は矯正専門ですので、むし歯の治療等が必要な場合は、一般の歯科医にお願いすることになります。

かかりつけの歯科医院はありますか？ ある場合は、医院名をご記入ください。
ある（歯科医院： _____）
ないが家族が通っている歯科医院にお願いする（歯科医院： _____）
ないので紹介してほしい

16. その他、特異体質、特に伝えておきたい事項、治療上のご希望等がございましたらご記入下さい。