

問診表（個人情報保護法によりプライバシーは厳守されます）

裏面までご記入ください。

\*黒いボールペン等（鉛筆以外）でご記入をお願いします。

初診相談日 西暦：20 年 月 日

ご本人氏名	(ふりがな)	性別：男・女・( )
	(漢字) 様	
住所：〒	電話番号 自宅：( ) - 携帯：( ) -	
メールアドレス： @	保護者様氏名(患者様が未成年の場合のみご記入ください) ご氏名： 様 電話番号：( ) -	
学校名または職業 学校名： 学校：( 年生) 職業： *転勤： 無・有り( 年後位)	職業： *転勤： 無・有り( 年後位)	
かかりつけ歯科医院名：		

\*下記の質問事項について、あてはまるところに○をつけてください。こちらを参考にご説明させていただきます。

◆こちらに来院された動機や、矯正治療で特に聞きたいことなどがございましたらご記入ください。

◆これまでに歯科医院で矯正の相談をしたことがありますか？（複数回答可）  
①初めて相談する ②矯正専門医院で相談したことがある（回数： 回） ③一般歯科で相談したことがある  
④その他：( )

◆当院は何でお知りになりましたか？（複数回答可）  
①歯科医院に紹介されて（歯科医院名： \_\_\_\_\_ 歯科医師： \_\_\_\_\_ 先生）  
②当院の患者様に紹介されて； \_\_\_\_\_ 様  
③知人の紹介： \_\_\_\_\_ 様  
④口コミ ⑤通りがかり ⑥近所だから ⑦当院のホームページ ⑧日本矯正歯科学会ホームページ  
⑨歯科検索サイト ⑩その他 ( )

◆気になるところはどこですか？（複数回答可）  
①歯が凸凹重なっている ②上の歯・顎がでている ③下の歯・顎がでている ④上下の歯が咬み合わない  
⑤前歯の咬み合わせが深い ⑥隙間がある ⑦顎の動きがおかしい・音が鳴る ⑧顎を開けると痛みがある ⑨歯肉が見えすぎる ⑩口元が出ている ⑪口が閉じにくい ⑫奥歯が倒れている ⑬歯が生えてこない  
⑭その他：( )

◆ご希望の矯正装置がある場合、下記の空白にご希望の矯正装置について簡単にご記入ください。  
(例：表側または裏側ワイヤー矯正、マウスピース矯正、取り外し式装置など)。  
( )

◆お口の状態によって、ご希望の装置では治療が難しい場合があります。その場合はどのようにお考えですか？  
①矯正装置を変更して治療する ②希望の装置以外は矯正治療をあきらめる ③検討する  
④その他：( )

◆矯正治療上、抜歯が必要になることがあります、どのようにお考えですか？

ご本人様	治療上必要があれば問題ない・できれば抜きたくない・絶対抜かないで直したい・治療をあきらめる
保護者の方	治療上必要があれば問題ない・できれば抜きたくない・絶対抜かないで直したい・治療をあきらめる

◆治療をご希望されているご本人様の性格について（複数回答可）

①おおらか ②神経質 ③我慢強い ④怖がり ⑤真面目 ⑥面倒くさがり ⑦痛みに弱い ⑧相手に思っていることが伝えられる ⑨その他：（ ）

◆ご本人様の生活・環境についてご記入ください。

① 月1回程度の通院（約30分から1時間）が可能：（はい・いいえ・その他：\_\_\_\_\_）

② 部活・習いごと（スポーツ・楽器は具体的にご記入下さい）：\_\_\_\_\_

③ 親族に矯正治療を経験された方がいる場合、チェックをつけてください（複数回答可）

□父：（ 歳頃） □母：（ 歳頃） □兄弟姉妹：（ 歳頃） □親戚：（ 歳頃）

④歯並びは遺伝的な要因が関係することがあります。ご家族の中（祖父母・叔父叔母など含む）で、ご本人様と似ている方がいらっしゃいましたら、具体的にご記入ください。（続柄と、お口の状態・歯の数が足りないなど具体的に）

{ \_\_\_\_\_ }

◆ご本人の健康状態について（いずれかに○をつけてください。該当しない場合は余白にご記入下さい。）

現在、耳鼻科に通院していますか	（はい・いいえ） ・通院時期： 年 月頃から
普段、無意識でお口を開けていることが多いですか	（はい・いいえ・時々）
お鼻が詰まりやすいですか	（はい・いいえ・時々）：
呼吸がしやすいのは鼻と口のどちらですか	（鼻呼吸・口呼吸）
扁桃腺は腫れやすいですか	（はい・いいえ・時々・切除した） ・切除時期： 年 月頃
現在通院中の病気がありますか	（はい・いいえ） ・病名：
現在、服用中の薬がありますか	（はい・いいえ） ・薬名：
感染症・肝炎など大きな病気をしたことがありますか	（はい・いいえ） ・病名・時期：
アレルギー（金属・薬など）がありますか	（はい・いいえ） ・アレルギーの種類：
歯や顎をぶつけたことがありますか	（はい・いいえ） ・時期・部位：
顎の開閉時に痛みや音があることがありますか	（はい・いいえ） ・症状・部位：
虫歯になり易いですか	（はい・いいえ）
現在、身長は伸びていますか	（はい・いいえ・ほぼ止まった）
初潮はきましたか	（はい・いいえ） ・開始年齢： 歳 月頃
現在、妊娠していますか	（はい・いいえ） ・妊娠： カ月

◆習癖について\*あてはまるところに○をつけてください。（複数回答可）

①爪や指を咬んでいる（継続中・過去にしていた） ②指しゃぶり（継続中・過去にしていた） ③上唇を、巻き込むように挟んだり下の歯で咬んでいる（継続中・過去にしていた） ④下唇を、巻き込むように挟んだり上の歯で咬んでいる（継続中・過去にしていた） ⑤鉛筆などの物を咬んでいる（継続中・過去にしていた） ⑥布やタオルを吸ったり咬んでいる（継続中・過去にしていた） ⑦歯ぎしり（継続中・過去にしていた） ⑧舌を出す（継続中・過去にしていた） ⑨同じ姿勢で寝る\*左右どちらか・うつ伏せ寝など（継続中・過去にしていた）

⑩その他：

◆当院に伝えておきたいことがありましたら、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。