

問診票

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ご記入者名 \_\_\_\_\_

西田歯科・矯正歯科へようこそ

初診日には簡単な診査と矯正治療の目的などをご説明して、その概要をご理解していただきます。

以下の項目に○またはご記入ください。

ふりがな								
本人氏名			性別	男 ・ 女	身長	cm	血液型	型
生年月日	昭和 ・ 平成	年 (西暦 年)	月	日	年齢	歳	ヶ月	
ご自宅住所	〒 _____ - _____							
ご自宅電話	携帯電話				メールアドレス			
学校・勤務先				学年			学校・勤務先電話	
学校・勤務先住所	〒 _____ - _____							

受療者本人が未成年の場合、以下に保護者様の情報をご記入ください

保護者氏名			職業					
携帯電話			メールアドレス					
保護者勤務先			勤務先電話番号					
転勤予定	無 ・ 有 (周期 _____ 年くらい ・ 不定 )	転居予定	無 ・ 有 (いつ頃 _____ 年 _____ 月 _____ 日 )					

I. 受診に際して

矯正歯科治療にとって、重要なことは患者さん本人や保護者の方の意識や考え方です。これらは治療の進行や期間や結果に重大な影響を与えます。治療を行うにあたって重要ですので、はっきりご記入下さい。

1. 当院をお知りになった項目全てに○をおつけ下さい

1. 歯科医師に紹介された ( \_\_\_\_\_ 先生) \_\_\_\_\_ 様)
2. 当院の患者または知人 ( \_\_\_\_\_ 様)
3. 看板・パンフレット・ニューズレターなど
4. インターネット  
当院ホームページ  
ポータルサイト  
(Doctor's File / E Park 病院 / その他 ( \_\_\_\_\_ ))  
検索サイト  
(Yahoo Japan / Google / その他 ( \_\_\_\_\_ ))
5. その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. ご本人の性格について (○はいくつでも)

1. 神経質 ・ こわがり
2. おおらか
3. 決められたことは守る
4. 積極的
5. 社交的
6. 内向的
7. その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. ご本人の生活環境について

1. 塾 ・ 習い事 ・ クラブ活動 ( \_\_\_\_\_ )
2. 月1回の矯正歯科治療の通院を含め、優先順位の高い順に数字でご記入ください。  
( ) 矯正歯科治療  
( ) 学校 (クラブ活動) ・ 会社  
( ) 塾 ・ 習い事

4. 主訴 (一番気になるところ、治したいところ)は何ですか。

必要な項目だけに優先順位を数字でご記入下さい。

主訴	ご本人	保護者
歯並びがでこぼこしている (叢生)		
上の歯が前に出ている (上顎前突)		
上下の歯が逆にかんでいる (反対咬合)		
下あごが前に出ている (下顎前突)		
上下の歯が両方とも前にせり出している (上下顎 前突)		
前歯のかみ合わせが深い (過蓋咬合)		
前歯が上下的に開いてかみ合わない (開咬)		
顎が右または左にずれている		
口元を引っ込めたい		
顎の動きがおかしい (顎関節)		
その他 ( _____ )		

その他、矯正歯科治療で改善したい項目・ご質問したい項目がございましたら、できるだけ具体的にご記入下さい。

---



---



---



---

《 ご本人の考え方を( )内  
保護者の方の考え方を< >内 に○をご記入ください 》

5. 治療に対する積極度はどれくらいですか

- ( ) < > 絶対に治したい
- ( ) < > かなり治したい
- ( ) < > どちらでもいい

6. 矯正治療に対して不安なことがありますか

- ( ) < > 特にない
- ( ) < > 装置が目立つことが嫌
- ( ) < > 痛いのではないかと心配
- ( ) < > 虫歯になるのではないかと心配
- ( ) < > 治療費のこと
- ( ) < > 治療期間のこと
- ( ) < > その他 ( )

7. 治療期間中、何回か平日の早い時間帯（午前中）に来院可能ですか

- ( ) < > 時間はいつでもかまわない
- ( ) < > 数回ならかまわない
- ( ) < > 絶対遅い時間帯だけで通院したい

II. 家族構成と歯並び

歯並びは遺伝と深い関係があります。  
ご家族の方の歯並び・かみ合わせをご記入ください。

続柄	年齢	歯並びやかみ合わせの状態 (記入例：良い・普通・出っ歯・受け口・凸凹・八重歯など)

III. ご本人の状態

1. 全身状態

1. ご本人の健康状態は？  良い ・ 他 ( )
2. 今、歯科以外の医療機関に通院されていますか？  
いいえ  
はい ( 診療科目：      科、医療機関名：      )
3. 特異体質・アレルギーはありますか？  
いいえ  
はい ( 金属・牛乳・ラテックス・その他 (      ) )
4. 病気やけがなどで入院したことがありますか？  
いいえ  
はい ( (      ) 歳頃、病名等 (      ) )
5. ご家族かご本人が肝炎にかかったことがありますか？  
いいえ ・ はい (ご本人・ご家族)
6. その他特別な病気にかかったことがありますか？  
いいえ ・ はい (ご本人・ご家族) 病名 (      )
7. 使用にあたって特に注意を受けた薬はありますか？  
いいえ ・ はい 薬の名前 (      )
8. ビスフォスフォネート系薬剤（骨粗鬆症治療薬）を服用していますか？  
いいえ ・ はい
9. 身長は現在も伸びていますか？  
いいえ ・ はい
10. 【女性の方のみ】初潮の時期はいつでしたか？  
無 ・ 有 (      歳      ヶ月頃 )

2. 鼻・のどについて

1. 普段どちらで呼吸していますか？  
鼻 ・ 口 ・ 両方
2. 鼻で呼吸するための障害はありますか？  
いいえ ・ はい (      )
3. 扁桃腺はよく腫れますか？  
いいえ ・ 時々 ・ はい
4. 扁桃腺をとりましたか？  
いいえ  
はい (      歳      ヶ月頃) 病院名 (      )
5. アデノイドがあるといわれたことがありますか？  
いいえ ・ はい

3. 歯・あごについて

1. 乳歯の頃の虫歯は？  
無 ・ 少 ・ 中 ・ 多 ・ 不明
2. 乳歯は順調に生えましたか？  
いいえ ・ はい ・ 不明
3. 乳歯から永久歯への交換は順調でしたか？  
いいえ ・ はい ・ 不明
4. 麻酔をしたことがありますか？    いいえ ・ はい  
その時何か問題がありましたか？  
いいえ ・ はい (      )
5. 歯を抜いたことがありますか？  
いいえ ・ はい
6. 血が止まりにくいですか？  
いいえ ・ はい
7. 顎が痛かったり、雑音がしたり、口があけにくいことがありますか？  
いいえ ・ はい
8. ストレスの多い生活をしていると思いますか？  
いいえ ・ はい    ストレスの原因 (      )
9. 頭・顎・歯などを強く打ったことがありますか？  
いいえ ・ はい (      歳      ヶ月頃) 原因 (      )

4. 習癖について

1. 過去または現在において該当する習癖があれば○をおつけ下さい  
乳首の常用    指しゃぶり    唇をかむ    舌を出す  
布やタオルなどをかむ    頬杖をつく    爪をかむ  
歯ぎしり    寝るときに特定の姿勢をとる
2. 上記の癖はいつ・どんなときにありましたか？  
いつ (      歳      ヶ月頃 ~      歳      ヶ月頃 )  
どんな時 (      )  
頻度      :      たえず ・ しばしば ・ 時々 ・ まれに

5. 矯正治療について、問合せ等ございましたらご記入ください