

問診票

記入年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この質問表は全部で5枚あります。

大変お手数ですが、以下の質問をよくお読みになり、該当する□にチェックを入れてください。
 なお、以下の記入項目に関する患者様の情報は、当院の診療以外の目的で使用したり、他に公開したりすることはございません。

本人

フリガナ

氏名

男 女

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生れ (_____ 歳) 血液型 (_____) 型

住所 〒 _____

Tel _____ Fax _____

携帯 _____

E-mail _____

在学学校名 _____

第 _____ 学年 部活動・習い事 _____

通学時間 _____ 時間 _____ 分

保護者

フリガナ

氏名

父 母 (_____)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生れ (_____ 歳) 血液型 (_____) 型

住所 同上

〒 _____

Tel _____ Fax _____

携帯 _____

E-mail _____

職業 (勤務先) _____ Tel _____

1. 転居や転勤の可能性がありますか？ はい いいえ
いつごろ (_____) 年後 どこへ _____
2. 本人は歯並び（かみ合わせ）を矯正することに積極的ですか？ はい いいえ
3. 保護者の方はお子さん本人の歯並び（かみ合わせ）を矯正することに積極的ですか？
はい いいえ
4. 来院の動機
ホームページ 電話帳 建物をみて 近所なので
知人の紹介（紹介者名 _____）
歯科医院の紹介（歯科医院名 _____）
5. 当院以外に矯正のご相談に行かれたことはありますか？ はい いいえ
6. お子様の口元、歯並びが気になりますか？
すごく気になる 少し気になる わからない
あまり気にならない 全く気にならない
7. 次のどこが気になりますか？（気になること、全てにチェックをしてください。）
歯並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。
かんだ時、上の歯と下の歯がかみあわない。 かみ合わせが深い。
笑った時の歯と歯茎の見え方。 横顔（口元が前に出ている）。
その他（ _____ ）
8. お子様の歯並びをどうしてあげたいですか？
矯正治療してあげたい。 わからない。
問題はなさそうなので、矯正の必要性は低い。
9. お子様の歯並びが気になりだしたきっかけは何ですか？（当てはまるもの全てにチェックをしてください。）
通っている歯科医院で指摘されて 学校検診で指摘されて 友達に指摘されて
本人の顔だちを見ていて 本人の写真を見ていて いつも口を開けているので
本人が気にしているのだから 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
他のお母さんから聞いて 保護者自身の歯並びが悪いので
その他（ _____ ）

10. 矯正治療について、不安に感じることはどのようなことですか？（不安に感じることを全てにチェックをしてください。）

- 費用が高額 費用の支払い方法 永久歯を抜く 矯正治療中の痛み
矯正装置が目立つ 治療方法 先生の人柄 先生の技術
医院の雰囲気 通えるかどうか 長期間、子どもを通院させる手間
その他（ _____ ）

11. 矯正を受けると、どのようなメリットがあると思われますか？（当てはまるものを全てにチェックしてください。）

- 口元が美しくなることで、美しい顔立ちになる。
口元が美しくなることで、自分の顔に対してコンプレックスをもたなくて済む。
歯並びが整うことで、生涯自分の歯で食べることができる可能性が高まる。
あごの痛みがなくなる可能性がある。
正しいかみ合わせを構築することで、健康を維持することができる。

12. お子様の性格について、どう思われますか？（当てはまるものを全てにチェックしてください。）

- 神経質 おおらか 人見知り 活発 おとなしい
怖がり 痛がり
その他（ _____ ）

13. その他、ご質問・ご要望がありましたら、お書きください。

今年までに患った病気について

1. 肝臓疾患（ ___ 型肝炎） _____ 歳頃 腎臓疾患 _____ 歳頃
 心臓疾患 _____ 歳頃 アトピー性皮膚炎 _____ 歳頃
 喘息 _____ 歳頃 消化器疾患 _____ 歳頃
 その他（ _____ ） _____ 歳頃
2. 薬品や食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ
 薬品名 _____ 食品名 _____
3. 歯科医院で歯を抜い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？ はい いいえ
 病名 _____ 病院名 _____
 常用している薬 _____
6. 母乳保育でしたか？ はい いいえ
 それは何歳までですか？（ _____ ）歳まで
7. 乳歯の頃、むし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
 あごや歯を強く打ってけがをしたことがありますか？ はい いいえ
8. あごの関節で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
9. 睡眠中に
 はぎしりをする はい いいえ 毎晩 時々
 いびきをかく はい いいえ 毎晩 時々
 特定の姿勢で寝る はい いいえ 毎晩 時々

歯並びとくせについて

1. いつ頃歯並びが悪いことに気づきましたか？

- 乳歯の頃 永久歯に生え変わる頃 永久歯になった後
学校歯科医に指摘されて 歯科医院で指摘されて 不明

2. 気づいた頃と比べて

- 特に変化はない ゆっくりと悪くなってきた 急に悪くなってきた
よくわからない

3. 次にあげるくせは歯並びに関係します。該当するものがあればご記入ください。

- 指をしゃぶる 口で息をする 唇をかむ 爪をかむ
頬杖をつく 片側だけでかむ

ありがとうございました。

質問表記入者 氏名 _____