

この質問は、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。（該当する項目の□にチェックを入れ、補足説明があれば余白にご記入ください。また、保護者の方が記入される場合は、ご本人とご相談のうえご記入ください。）分かりにくい質問や、分からない点は後ほど問診をさせていただきますので空白にしておいてください。

氏名 \_\_\_\_\_  
 記入日 \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 記入者 本人 父 母 その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 1. 治療に対する気持ち

本人が歯並びの悪いのを気にしていますか？

いいえ（誰が気にしていますか？）

父 母 その他 ( \_\_\_\_\_ )

はい（どの程度に：ほんの少し・非常に）

歯並びを治すことに本人の気持ちがすすんでいますか？

はい いいえ

少しぐらい辛いことがあっても我慢できますか？

はい いいえ

来院した動機は？

本人が自ら進んで治したいというので

友人・知人が治療しているので

他人に言われて ( \_\_\_\_\_ )

歯科医に紹介されて ( \_\_\_\_\_ )

今の歯並びに気づいた時期は？

乳歯のとき

乳歯から永久歯に換わる時

永久歯になってから

他人から言われて気づいた

### 2. 家族の歯並び（ご家族、親族の方の歯並びをご記入ください。）

(例) 父	:	凸凹	.	:	
.	:	.	.	:	.
.	:	.	.	:	.
.	:	.	.	:	.
.	:	.	.	:	.

### 3. 歯の健康状態

乳歯の時、虫歯は多かったですか？

はい いいえ

虫歯の治療に積極的でしたか？

はい いいえ

乳歯は順調に永久歯にはえかわりましたか？

はい いいえ

乳歯の時の歯並びやかみ合わせはどうでしたか？

きれい 出っ歯 うけ口

歯の間にすき間があった 深く咬んでいた

前歯が咬み合っていなかった

その他 ( \_\_\_\_\_ )

永久歯のむし歯はありますか？

いいえ はい 治療中

甘いものが好きですか？

とても好き 好き あまり食べない

間食の時間は決めていますか？

はい いいえ

最近、歯科を受診したのはいつですか？

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月

### 4. かむことについて

食べ物で好き嫌いがありますか？

ない ある (何 \_\_\_\_\_ )

前歯で肉などをよくかみ切ることができますか？

はい いいえ

前歯で咬み切るとき、舌や唇も使っていますか？

いいえ はい

奥歯で物を良くかみ砕くことができますか？

はい いいえ

同じ食事をしてても他の人よりも長く時間がかかりますか？

いいえ はい

水、お茶、牛乳などがないと食事が進みませんか？

いいえ はい

食べる時両方の奥歯を使って咬んでいますか？

はい いいえ (右で咬む・左で咬む)

### 5. 顎の関節について

くちを開閉するとき耳の前のところで音がしますか？

いいえ はい (いつから \_\_\_\_\_ )

くちを大きく開けることができますか？

はい いいえ (どのくらい \_\_\_\_\_ )

くちを開けたり物を咬むときに顎の関節や筋肉が痛みますか？

いいえ はい

顎の動きがぎこちなく感じますか？

いいえ はい

(いつ、どのようなときに \_\_\_\_\_ )

### 6. 歯ぐきについて

口臭がありますか？

いいえ はい

歯ぐきから血が出ることはありませんか？

いいえ はい

時々歯ぐきが腫れてうずくような不快感がありますか？

いいえ はい

永久歯がぐらぐら動くようになったと思いますか？

いいえ はい

歯と歯の間によく食べ物のはさまりますか？

いいえ はい

### 7. 歯みがきについて

いつ、みがきますか？

みがかない 朝だけ 朝と寝る前

食事のあと その他

(いつ \_\_\_\_\_ )

- 歯みがきについて (つづき)  
 ハブラシの種類は何ですか?  
市販の物 ( )  
歯科医院専用の物 ( )  
電動歯ブラシ ( )
8. 発音について  
 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  
 速く話すとしたがもつれるような感じがありますか?  
ない ある  
 学校や病院で発音について指摘されたことはありますか?  
ない ある  
 (どのように )  
 発音などの指導を受けたことはありますか?  
 受ける予定がありますか?  
 (いつ どこで )
9. 外傷  
 これまでに顔や口、頬、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 )
10. 歯並びに関係のある癖  
 現在または過去に次のような癖がありましたか?  
ゴム乳首をいつも吸っていた  
指しゃぶり (とくに左・右の \_\_\_\_ 指)  
爪かみ (とくに左・右の \_\_\_\_ 指)  
唇を咬む 舌を咬む 舌を吸う  
衣類・布地などを咬む (何を )  
鉛筆やその他の物を咬む (何を )  
頬杖をする (とくに左・右・両手)  
寝るときに特定の姿勢をとる  
 (どんな )  
その他  
 (具体的に )  
癖はない  
 癖があった場合、その・それらの癖はいつ頃  
 から、いつまで行っていましたか?  
 \_\_\_\_ 才頃から \_\_\_\_ 才ごろまで  
今も続いている  
 (どんなときに )  
 (どのくらいの頻度で )
11. 鼻、喉の病気  
 日頃よく扁桃腺 (アデノイド) が腫れますか?  
いいえ はい (どんなときに )  
 扁桃腺 (アデノイド) をとりましたか?  
いいえ はい ( \_\_\_\_ 才ごろ )  
 よく鼻がつまりますか?  
いいえ はい (いつ )  
 よく口をあけていますか?  
いいえ はい (いつ )  
 いびきをかきますか? いいえ はい  
 夜眠っている時口をあけていますか?  
いいえ はい  
 歯ぎしりをしますか? いいえ はい  
 今までに耳、鼻、喉の病気をしたことがありますか?  
ない 現在治療中 (病名 )  
あった ( \_\_\_\_ 才頃、病名 )

12. 全身の健康状態  
 歯に関わらず、今までに大きな病気をしたことがありますか?  
ない ある (病名 \_\_\_\_ いつ )  
 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はいますか?  
いない いる (いつ \_\_\_\_ どなたが )  
 両親、兄弟、祖父母などで遺伝的な疾患を  
 指摘されたことはありますか?  
いない いる (病名 )  
 (どなたが )

13. 出生時の状態  
 出産: 妊娠 \_\_\_\_ カ月 出生時体重: \_\_\_\_ g  
 出産時の状態はどうでしたか?  
安産 難産 吸引分娩  
鉗子分娩 帝王切開 仮死  
 生まれつきの疾患等がありますか?  
ない ある (病名 )  
 妊娠中のお母様の健康状態はどうでしたか?  
よい 悪い (どのように )  
 授乳の状態は?  
母乳 混合栄養 人工乳

14. 本人の発育状態  
 身長や体重など体の成長に遅れを感じますか?  
 また、指摘されたことはありますか?  
ない ある (いつ頃 )  
 (どんな点 )  
 精神的な発達について、年齢よりも幼いと感じ  
 ますか? また、指摘されたことがありますか?  
ない ある (いつ頃 )  
 \* 小学生～高校生の女性の患者様に成長の段階を  
 知るためお伺いします。  
 生理は始まっていますか?  
まだ 始まった  
 (始まった時期もしくは年齢・学年 )

15. 通院方法は?  
徒歩 自転車 電車・地下鉄 バス  
車 通院時間: 約 \_\_\_\_ 分  
 通院できない曜日と時間帯があればお書きください。

かかりつけの歯科医院がありましたらご記入ください。  
 歯科医院名

院長名・担当医名

住所

TEL

現在、医師の治療を受けていますか?

いいえ はい  
 病名

治療を受けている医院名

院長名・担当医名

住所

TEL

ありがとうございました。