

カウンセリング

Iview

カルテ

問診表

初診日 西暦 年 月 日

お手数ですが、ご記入をお願いいたします。

1. ご本人（今回受診される患者様）

ふりがな	男	生年月日西暦	年	月	日
氏名	女	(満 歳 ヶ月)			
住所	〒 在学学校名（学年）または勤務先				
	☎ () - メールアドレス				

2. 今日の診察でどのような事が知りたいですか。

あてはまる点にチェック☑をして下さい。

- 自分に矯正治療が必要かどうか知りたい。
 自分が治療する場合どのような治療になるのか知りたい。
その他説明して欲しい内容をご記入ください。

3. ご相談にあたり、スタッフが以下についてご説明させていただきます。

ご希望の点にチェック☑をして下さい

- 矯正治療の流れ 支払方法 装置の種類

4. どの、どのようなことが気になり、どうしたいですか。

(例:上の前歯の凸凹が気になっている。横のひっこんでいる歯を真ん中の歯と同じくらいに持ってきて、きれいに並べてほしい)

気になっている点にチェック☑をして下さい。

- 凸凹(でこぼこ)歯 ねじれ歯 八重歯 すきっ歯 でっ歯 うけ口
 前歯が咬み合わない 奥歯が咬み合わない 前歯が深く咬みこんでいる
 物を咬み切ることができない
 食べるにくいものがある 歯ぎしりをする いつも口を開けている
 食べる時くちやくちやく咬む(かむ)音がする 唇(くちびる)が曲っている
 上唇(うわくちびる)が出ている 下唇(したくちびる)が出ている
 上顎(うわあご)が出ている 下顎(したあご)が出ている
 顎が小さい 顎が横にずれている 顔が曲っている
 顔の形が気に入らない(面長・丸い・四角) 笑うと歯ぐきが見える
 笑うと下の歯がみえる 顎から音がする 大きく口を開けられない 顎が痛い 顎が疲れる

裏面の項目の記入もお願いいたします。

5. 今まで矯正治療の相談をしたことがありますか？

いいえ はい(いつ頃 ところで)

どのような治療、どのような症状だと説明されましたか。

6. 今まで矯正治療を受けたことがありますか？

いいえ はい(いつ頃 ところで 期間)

どのような治療でしたか。

7. ご家族の中(両親、兄弟、祖父母、いとこなど血縁者)で、矯正治療を受けた方はいますか。

いいえ はい(誰が いつ頃 ところで 期間)

どのような治療でしたか

8 お口の健康について

1. 生え替わらなかった歯や歯の数が多い(過剰歯)または少ない(先天性の欠損)と言われた事がありますか。

いいえ はい(どの場所の歯 何本)

2. 今までに、歯や歯ぐき顎などを転んだりして強くぶつけたことはありますか？

いいえ はい(いつ頃 どの場所)

3. 今までに、顎で音がする、顎が痛いなどの症状はありましたか？

いいえ はい(いつ頃から どのような時に)

(どのような音、痛み)

9. 全身の健康状態について(歯と関係がないと思われることもご記入ください)

1. 現在、けがや病気はありますか？ いいえ はい

(例 骨折している。腰痛がある。鼻炎がある。)

(病名・部位など:)

2. 現在、お薬を服用していますか(注射なども含みます。)？いいえ はい

(アレルギー、胃腸薬、気分を落ち着かせるお薬、漢方など)

(お薬の名前:)

(どんな目的で使用されていますか)

3. 特異体質やアレルギー(食べ物、お薬、金属など)はありますか？

いいえ はい

(例 抗生物質にアレルギーがある。スギの花粉症で鼻水が出る。牛乳を飲むとおなかかゆくなる。メロンを食べるとのどがイガイガする。アクセサリーでかぶれるなど)

()

4. 生まれてから今までに大きな病気やケガなどしたことはありますか。

いいえ はい

(いつ頃 どのような病気・ケガ)

5. 妊娠していますか(予定はありますか)? いいえ はい
(現在何ヶ月ですか 予定日はいつごろですか)

6. 治療終了時期のご希望はありますか。 いいえ はい
(いつ頃までに:)
転校や転勤など転居の可能性はありますか? いいえ はい

(いつ頃・どちらへ:)

7. その他ご心配な点などご記入ください。
(例)費用、転居、月に一度の通院、長期に渡る通院、歯科治療に対する不安、
歯みがき、見た目など
()

10. 最近、歯医者さんを受診したのはいつごろですか?
(いつ頃 年 月頃)(受診した歯科医院名)

11. かかりつけの歯医者さんは決まっていますか? いいえ はい
(歯科医院名:)

12. どちらで当クリニックをご存じになりましたか?
紹介(紹介者:) インターネット(HP名:) 看板(どこの?)
チラシ その他()

ありがとうございました。

とみづか矯正歯科