

矯正治療を始められる方への調査事項 初診日 平成 年 月 日

悪い歯並びを起こす原因は非常にたくさんあります。それは遺伝することもありますし、虫歯も大きな原因になります。又指しゃぶりのような悪い習慣によっても起こりますので、治療の際この原因が非常に参考になりますから次の質問になるべく詳しくお答えください。

1. 本人

フリガナ (男・女)  
名前 \_\_\_\_\_ 電話 自宅 \_\_\_\_\_  
\*必須 緊急連絡先 携帯 \_\_\_\_\_ (本人・父・母)  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
生年月日 S・H 年 月 日 年齢 歳 ヶ月  
在学学校又は勤務先 \_\_\_\_\_

2. 保護者

下の太枠内は記入しないでください

フリガナ  
名前 \_\_\_\_\_  
職業及び勤務先 \_\_\_\_\_

・ Dental Age  
II C. IIIA. IIIB. IIIC. IVA  
・ Angle 分類  
R : I. II. III L : I. II. III  
・ Terminal Plane  
R : M. V. D L : M. V. D  
・ JDA 分類  
・ Chief Complain  
・ 備考

3. ご紹介医又は、ご紹介者 \_\_\_\_\_

4. かかりつけの歯科医院はどちらですか？

\_\_\_\_\_

現在治療中の歯はありますか？ はい いいえ  
最後に治療を受けたのはいつですか？ 年 月

5. ご家族の歯並び

(本人には○印をつけ、祖父母、叔父母、従兄弟についてもできるだけ詳細にお書きください)

※歯並びの記入例 良い、出っ歯、うけ口、乱ぐい歯、八重歯…など

	性別	歯並び
父	男	
母	女	
第一子	男 女	
第二子	男 女	

	性別	歯並び
	男 女	
	男 女	
	男 女	
	男 女	

6. 一般的な健康状態

現在の健康状態は？ よい わるい  
大きな病気をしたことはありますか？ はい いいえ  
病名 \_\_\_\_\_  
現在、医師の治療を受けていますか？ はい いいえ  
もし受けているとすれば、その理由は？ \_\_\_\_\_

7. 鼻、咽喉の病気
- |                    |     |    |      |       |
|--------------------|-----|----|------|-------|
| 扁桃腺がよくはれますか？       | いいえ | はい | どんな時 | _____ |
| 扁桃腺を取りましたか？        | いいえ | はい | いつ頃  | _____ |
| 鼻がよくつまりますか？        | いいえ | はい | どんな時 | _____ |
| いびきをかきますか？         | いいえ | はい |      |       |
| 夜眠っている時、口を開いていますか？ | いいえ | はい |      |       |
8. 小さい時の、口や顔のケガや病気
- |                      |     |    |  |  |
|----------------------|-----|----|--|--|
| 顔や口、歯を強く打ったことがありますか？ | いいえ | はい |  |  |
| 口の中の病気をしたことはありますか？   | いいえ | はい |  |  |
9. 歯並びに関係のある癖
- |                     |     |    |  |       |
|---------------------|-----|----|--|-------|
| 指をしゃぶる癖はありますか？      | いいえ | はい |  |       |
| 舌や唇、衣類などをかむ癖はありますか？ | いいえ | はい |  |       |
| 口で呼吸をする癖はありますか？     | いいえ | はい |  |       |
| 歯ぎしりをする癖はありますか？     | いいえ | はい |  |       |
| 特に、しにくい発音はありますか？    | いいえ | はい |  | _____ |
10. 顎の関節や、運動について
- |  |     |    |  |  |
|--|-----|----|--|--|
| 口が開きづらいと感じた事がありますか？                          | いいえ | はい |  |  |
| 口を開ける時、耳のすぐ前あたりで音がした事<br>(カクン・コキッなど) がありますか？ | いいえ | はい |  |  |
| 口を大きく開いた時、耳のすぐ前あたりに痛みを感じたことはありますか？           | いいえ | はい |  |  |
11. 乳歯について
- |                  |     |    |  |  |
|------------------|-----|----|--|--|
| 乳歯は虫歯が多かったですか？   | 少ない | 多い |  |  |
| 乳歯は順調に生えかわりましたか？ | いいえ | はい |  |  |
12. 治療について
- |                           |     |    |       |       |
|---------------------------|-----|----|-------|-------|
| 今、口の中で一番気になるのはどこですか？      |     |    |       | _____ |
| 本人は、歯並びの悪いことを気にしていますか？    | いいえ | はい |       |       |
| 本人が、歯並びを治したいと思っていますか？     | いいえ | はい |       |       |
| 以前に矯正治療を受けたことはありますか？      | いいえ |    |       |       |
|                           | はい… | いつ | _____ | どこで   |
|                           |     |    | _____ | _____ |
| ご家族の中に矯正治療を受けた事のある方はいますか？ | いいえ |    |       |       |
|                           | はい… | いつ | _____ | どこで   |
|                           |     |    | _____ | _____ |

どうも、ありがとうございました。