

矯正問診表

お名前	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳 か月)
住所 〒	電話				

あてはまる所に○をしてください。

- | | | | |
|------------------------|--------------------|-----------------------|---------------|
| ・矯正の相談をしたことは？ | ある | ない | |
| ・矯正の費用は一般的にいくらかご存知ですか？ | はい | いいえ | |
| ・どこの部分が一番気になっていますか？ | 上の前歯
受け口
八え歯 | 下の前歯
出っ歯
その他() | 上下の前歯
乱ぐい歯 |
| ・家族で同様な歯並びの方はいますか？ | いない | いる | |
| ・薬のアレルギーはありますか | ない | ある | |
| ・麻酔薬にアレルギーはありますか | ない | ある | |

次のような症状はありますか？ それはいつ頃でしたか？

- | | | |
|--|-----|------------|
| 1 頭痛 | ない | ある() |
| 2 鼻づまり | ない | ある() |
| 3 肩こり | ない | ある() |
| 4 指しゃぶり | ない | ある() |
| 5 歯ぎしり | ない | ある() |
| 6 姿勢が悪く前かがみになっていることは | ない | ある() |
| 7 口呼吸をしていることは | ない | いる |
| 8 口はうまく閉じられますか | はい | いいえ |
| 9 いつも口を開いていることが多い | いいえ | はい(常時 就寝時) |
| 10 舌を前に出す癖がある | いいえ | はい |
| 11 顔やあごがどちらかに曲がっている | いいえ | はい(側) |
| 12 どちらかの肩が下がっている | いいえ | はい(側) |
| 日常の姿勢、くせ、就寝時の様子についてお聞きします | | |
| 13 頬づえをついて読書をしている | いいえ | はい(常時 時々) |
| 14 読書の時、両手の上にあごを載せて読んでいる | いいえ | はい(常時 時々) |
| 15 腕まくらをしたり、またはお絵描きに夢中で頬を机に押しつけて描いていることがある | いいえ | はい(常時 時々) |
| 16 うつ伏せで頭をどちらかに向けて寝ている | いいえ | はい(側) |
| 食事の様子についてお聞きします | | |
| 17 食卓に飲み物があり、飲みながら食事をする | いいえ | はい |
| 18 食べるのは早い方ですか | はい | いいえ |
| 19 食べ物は左右どちらか片側で噛んでいる | いいえ | はい(側) |



この他気になる事がありましたらご記入ください。

あごの動きについておたずねします

(矯正治療の参考にしますので子供の場合は保護者に確かめながら記入します)

記入日 年 月 日

記入者

名 歳

口を大きく開けたり、

閉じたり、あごを横に動か

すときに音 (ボキボキ、カ

クカク、シヤリシヤリなど)

がしますか?



あ る 前にあつた な い
() () ()

口を開けたり、閉じたり、

あごを動かしたときに痛み

やひつかかりがありますか?



() () ()

口を開けたとき、何本たて

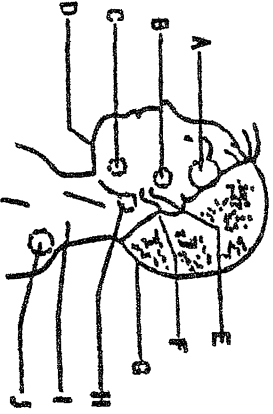


1本 2本 3本 4本

、押すと、どこ部分が傷み

ますか?

(○をつけて下さい)



() () ()

頭が痛い、耳鳴り、耳のあたりに

痛みがある。聴こえにくいことが

ありますか?

6. 顔やあごがどちらかに
まがっていますか?



(右側・左側)

7. ものを食べるときはどちら側で、おもにかみま
すか? (右側・左側・両側)

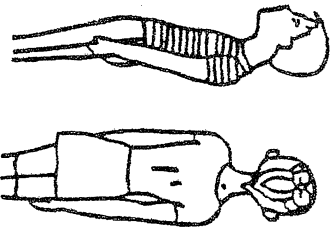
8. 夜ねているときに歯ぎしり
をしたり、歯をくいしばる
ことがありますか?



あ る 前にあつた な い
() () ()

9. 顔やあごを強く打ったり、顔やあごにけがをし
たことがありますか? () () ()

10. 姿勢が変わるく、前かがみになったり、
どちらかの肩がさがっていますか?



前かがみに (なる ならない)
肩がさがっている (右 左)

11. 今までにあごの痛みや音などで顎関節症の治療
を受けたことがありますか? (あ る な い)