

矯正治療を希望される方へ

氏名 _____ 生年月日 _____ 歳（未婚・既婚）

保護者または配偶者の氏名 _____

かかりつけ医 _____ どのようにして当院を知りましたか？ _____

主訴

歯並びについて気にしていることは、どのようなことですか。

<YES か NO にチェックしてください、YES の場合にはさらに続く質問にお答え下さい>

YES NO

- 現在、医師の治療を受けていますか。
- 以前に比較的大きな病気をしたことがございますか。
- 以前に（心臓・肝臓・腎臓・血液）に疾患があると言われたことがございます
- 以前に鼻疾患がございましたか。（現在ございますか）
- 常用している薬物はございますか。
- 薬や食品や金属などに対してアレルギーはございますか。
- 今後、治療期間中に MRI・CT の撮影をする予定はありますか。
- 現在、歯の治療を受けていますか。
- 以前に歯周病・歯肉炎であると言われたことがございますか。
- 以前に歯石を取られたことがございますか
- 歯ブラシの指導を受けたことがございますか。
1 日何回くらい歯みがきをなさいますか。（ 回）
- 冷たいものが歯にしみたり食べ物がはさまることがございますか。
- あくびをしたり、食事中に顎に変な音がすることがございますか。
- 以前に顎が痛み、大きく口を開けられなくなったことがございますか。
- 以前に顔・口・下顎を強く打たれたことがございますか
- 日中、歯をくいしばることがございますか。
- 肩こりを感じる場合がございますか。YES と答えた方はいずれかを○で囲んで下さい
（・ほとんど毎日ある ・頻繁にある ・ときどきある）
- 耳鳴りがすることがございますか。YES と答えた方はいずれかを○で囲んで下さい
（・ほとんど毎日ある ・頻繁にある ・ときどきある）
- 風邪ではないのに頭痛がすることがございますか。YES と答えた方はいずれかを○で囲んで下さい。（・ほとんど毎日ある ・頻繁にある ・ときどきある）

現在、過去において下記のような癖がございますか。○で囲んでください。

- ・物を噛む（爪・唇・鉛筆・楽器のリード）
- ・歯ぎしり
- ・いびきをかく
- ・寝るときに特定の姿勢をとる
- ・頬杖をつく
- ・口を開けて息をする
- ・その他

現在、お口の中、口元で気になるはどこですか。○で囲んでください。（いくつでも）

- ・上の歯が出ている
- ・うけ口
- ・歯のでこぼこ（八重歯）
- ・歯のすき間
- ・前歯が噛み合わない
- ・奥歯の噛み合わせ
- ・口元が出ている
- ・口元が引っ込みすぎている
- ・その他

YES NO

- 今後、転勤、転居される予定がありますか。

時期 頃・場所 へ

- 以前に矯正治療を受けたことがございますか。

医院名 年齢 才

- 御家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか。 続柄

- 御家族の中で自分と似た歯並びをしている方はいらっしゃいますか。 続柄

その他、特異体質や治療の手助けになることがございましたらお書き下さい。ご協力ありがとうございました。