

矯正歯科 問診表

フリガナ	(生年月日)				
氏名	西暦	年	月	日生( 歳	か月) 男・女
住所 〒	Tel ( )				—
学校名または勤務先					
矯正相談することになったきっかけは？					
保護者氏名					
ご職業					
将来転勤の可能性はありますか？      なし ・ あり (いつごろ？      どちらへ？      )					

1. 現在どこが特に気になりますか？ (○で囲んでください)

出っ歯 受け口 八重歯 歯のすき間 前歯が噛まない かみ合わせが深い 口元の突出感  
 その他( )

2. 治療内容について

1.歯並びで悪いところはすべて治したい      2.気になるところだけ治したい

3. 家族の方あるいは親類の方で患者さんと似たかみ合わせの方はおられますか？

なし ・ あり (続柄 )

4. 癖について 現在または過去において次にあげた癖はありましたか？

指しゃぶり 爪を噛む 唇を噛む 普段口を開いている 口を開けて寝る いびき 歯ぎしり 食いしばり  
 頬杖をつく その他( )

5. 今の歯並びに気がついたのは、いつごろですか？

乳歯のとき 永久歯に代わるころ 永久歯になってから (約 歳ごろ)

6. 以前、矯正治療を受けたことはありますか？      ない ・ ある (医院名 )

7. 本人は自分の歯並びを気にしていますか？      している ・ していない

8. 乳歯の虫歯は？      多かった      少なかった      1本もなかった

9. 扁桃腺は？      腫れない      よく腫れる      除去した(いつごろ )

10. 慢性鼻炎は？      ない ・ あり ( 治療中      治療はしていない )

11. アレルギーは？      ない ・ あり ( 金属      食物      薬物      その他 )

12. 今まで重い病気は？      ない ・ あり (病名      いつごろ )

13. 現在、治療を受けている病気？      ない ・ ある (病名 )

14. その他治療の参考となることがら ( )

15. 矯正治療について知りたいこと

[ ]