

矯正歯科調査表

No. _____

記入日 20 年 月 日

該当するところを○で囲み、必要事項があればできるだけ正確にご記入ください。

当院はマイナ保険証の利用により正確な情報を取得・活用し質の高い医療の提供に努めています。

1. ご本人 フリガナ

氏名 _____ 生年月日 西暦 _____ 年 月 日生(才) 男・女

住所〒 _____

自宅電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

紹介者 なし・あり (_____) かかりつけ歯科医院 _____

2. 保護者

氏名 _____ 本人との続柄 _____ 携帯電話番号 _____

3. 現在一番気になること(治したいところ)はどのようなことですか。

- ・ 歯並びがガタガタしている・歯並びにすき間がある・噛んだ時に上下の歯列の間にすき間がある(開咬)
- ・ 上の歯が出ている(出っ歯)・下の歯が出ている(受け口)
- ・ 顎が右(左)にずれている・顎の関節の調子が悪い・その他 具体的に _____

4. ご家族の歯並びについて具体的に(父母、兄弟姉妹、祖父母等)お書きください。

(記入例: 良い・出っ歯(少し・かなり)・受け口(少し・かなり)・かみ合わせが横にずれている・ガタガタ等)

父 :	母 :	:
_____	_____	_____
:	:	:
_____	_____	_____
:	:	:
_____	_____	_____

5. ご本人には次のような癖がありますか。

指やおしゃぶりをしゃぶる癖	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
爪をかむ癖	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
ものをくわえる癖	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった 何を _____
ほお杖をつく癖	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
歯を食いしばる癖	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
歯ぎしりをする	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
発音が不明瞭(舌足らず)	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
口をぽかんと開けている	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
口を開けて寝ている	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
いびきをかく	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
舌が口からはみ出る	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
クチャクチャ音をたてて食べる	しない	・ 現在する	・ _____ 才頃まであった
よくかまないで飲み込む	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
一度にたくさんほおぼる	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
食事中水分を多量に飲む	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
食べる速度が非常に遅い	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった
食べる速度が非常に速い	なし	・ 現在ある	・ _____ 才頃まであった

6. ご本人の性格に該当するところがあればいくつでも○で囲んでください。

神経質である	ほがらかである	憂鬱である	のんびりしている
怒りっぽい	落ち着いている	落ち着きがない	くよくよしている
ぼんやりしている	人見知りをする	人見知りをしない	恐怖心が強い
気むずかしい	かっとしやすい	飽きっぽい	イライラしやすい
自立心が旺盛	依存心が強い	その他	_____

7. 歯を一日何回磨いていますか。

磨いていない ・ 磨いている 一日 回 朝・昼・夜・食前・食後

8. ご本人は歯の治療を受けたことがありますか。なし・あり

局所麻酔（注射）の経験はありますか。 なし・あり（異常なし・異常あり どんな _____）

9. ご本人はこれまでに矯正治療を受けた経験がありますか。

なし・あり（いつごろ _____ ・どこで _____）

10. ご本人は下記の病気にかかったことがありますか。あれば、その時の年齢と病名をお書きください。

耳、鼻、喉の病気（鼻炎、蓄膿症、扁桃肥大、アデノイド、中耳炎、耳下腺炎、めまい、難聴、耳鳴り） _____ 才
心臓、血管、血液の病気（高血圧、低血圧、心臓病、動悸、息切れ、不整脈、貧血、血液疾患） _____ 才
喘息（ _____ ） _____ 才 肝臓病（ _____ ） _____ 才 精神科系の病気（ _____ ） _____ 才
リュウマチや関節の病気（ _____ ） _____ 才 その他重症な病気やケガ（ _____ ） _____ 才

11. ご本人を妊娠中、お母様が病気、事故等にあったことがあればお書きください。

12. ご本人への授乳はどのようにされましたか。

母乳のみ・哺乳瓶のみ・母乳と哺乳瓶

13. ご本人の寝方はいかがですか。

乳幼児期 仰向け寝・うつ伏せ寝・不明・その他（ _____ ）

現在 仰向け寝・うつ伏せ寝・横寝（右を下・左を下）・特に定まっていない

14. ご本人についてお尋ねします。

・食物、薬物、金属、ダニ、ハウスダスト（ホコリ）、花粉等のアレルギーはありますか。

なし ・ あり（原因 _____ 症状 _____）

・現在服用している薬はありますか。なし ・ あり（病名 _____ 薬の名前 _____）

・使ってはいけない薬がありますか。なし ・ あり（薬の名前 _____）

・血が止まりにくかったことはありますか。なし ・ あり

・顔や顎、歯を打ったことがありますか。なし ・ あり（原因 _____）

・頭痛・肩こり・腰痛がありますか。 はい（いつも・時々・たまに） ・ いいえ

・乳歯の時代に虫歯が多かったですか。 はい ・ いいえ

・歯並びが悪いことに気がついたのは何才頃ですか。 _____ 才頃

・顎や耳の周りがだるかったり痛くなったことがありますか。 はい（いつも・時々・たまに） ・ いいえ

・口を開けた時などに、顎がはずれたり、口が開かなかったり、顎の関節のところから
カクカクとかミシミシなどの音がしたことがありますか。 はい（いつも・時々・たまに） ・ いいえ

・楽器の演奏や合唱などの活動はしていますか。 はい（何を _____） ・ いいえ

15. その他質問があればお書きください。