

問診表

〒222-0037 神奈川県横浜市港北区大倉山3-1-24スズキビル2F

TEL 045-716-8717

西村矯正歯科クリニック 院長 西村 亮

【1】本人(受診希望の方)

ふりがな	男・女	初診日(西暦)	年	月	日
ご氏名	西暦	年	月	日	生まれ 満 才 ヶ月
ご住所 〒	TEL ()				
	携帯 ()				
在学名・勤務先名	(年生 在学中)	TEL ()			
通院方法 (徒歩・自転車・バス・自家用車・電車)	通院時間				分位

【2】保護者

ふりがな					
保護者氏名	転勤の可能性	無し	・	有り	(いつごろ)
ご住所 〒	TEL ()				
	携帯 ()				
保護者職業・勤務先名	TEL ()				

【3】家族の歯並び (ご本人もご記入ください)

続柄	年齢	歯並び	身長	職業または在学名
本人				

続柄	年齢	歯並び	身長	職業または在学名

(歯並びの記入例: 良い・普通・出っ歯・受け口・乱杭歯・八重歯など)

※以下の項目につきまして、○印またはできるだけ詳しくご記入ください。

【4】来院した動機と経緯について

1) 矯正治療について(複数可)

- ① 治す必要があるかどうか知りたい。
- ② 前歯だけをきれいにしたい。
- ③ 前歯も奥歯もきれいにしたい。
- ④ 口もとの外観も含めて全体をきれいにしたい。
- ⑤ その他具体的にお書きください。

()

2) 当クリニックはどのようにして知りましたか

- ① 自分(家族)が見つけた(インターネット、看板、その他)
 - ② 友人に教えてもらった(ご友人の氏名)
 - ③ 歯科医師に紹介された(歯科医院名)
- (住所 氏名 先生)

【5】歯並びについて

- 1) 本人が歯並びを気にしていますか はい・いいえ
- 2) 本人が歯並びの矯正治療を希望していますか はい・いいえ
- 3) 歯並びを気にされているのは 本人・保護者・両者
- 4) どの部分が一番気になりますか

()

5) 気になる部分についてどう思われていますか(複数可)

- ① 歯並びの悪いのが何となく心配。
- ② 歯並びの外観が悪い。
- ③ 歯並びが悪いと虫歯や歯茎の炎症にかかりやすい。
- ④ 口もとの外観が気になる。
- ⑤ 発音がはっきりしない。
- ⑥ その他具体的にお書きください

()

【6】体の発育について

- 1) 出生時に、顔または頭に、ゆがみ、外傷などがありましたか
はい・いいえ ()
- 2) 出生時体重、分娩方法などでとくに言っておきたいことはありますか
はい・いいえ ()
- 3) 授乳について (母乳・混合栄養・人工栄養)
- 4) 乳歯は順調に生えましたか(1~3歳)
はい・いいえ ()
- 5) 永久歯は順調に生え変わりましたか
はい・いいえ ()
- 6) いままで大きな病気をしたことがありますか
はい・いいえ ()
- 7) 現在の発育状態 (標準・標準より小・標準より大)
- 8) 初潮 あり(いつ 才)・なし
- 9) 最近一年間に身長・体重はどれくらい増えましたか
(一年間に約 cm ・ kg)

裏のページへ→

【7】癖について

- 1) 下記のような癖がありますか はい ・ いいえ
 指しゃぶり・唇をかむ・唇を吸う・舌を突き出す・
 舌で唇をなめる・かみぐせがある(爪・布きれ・衣類・鉛筆)
 その他()
- 2) 癖が行われた期間
 (才 ~ 才)
- 3) どんなときに癖が行われますか
 寝るとき・遊んでいるとき・勉強しているとき・
 寂しいとき・テレビを見ながら・その他()
- 4) 癖の現れ方
 絶えず・しばしば・ときどき・まれに
- 5) 歯ぎしりはしますか はい ・ いいえ

【8】鼻・咽頭について

- 1) 扁桃腺・アデノイドがよく腫れますか はい ・ いいえ
 (よく腫れる ・ ときどき腫れる ・ 腫れない)
- 2) 扁桃腺・アデノイドをとりましたか はい ・ いいえ
 (いつ頃 才頃)
 病院名()
- 3) 鼻はつまりますか はい ・ いいえ
 (よくつまる ・ ときどき ・ まれに)
 どんなときに()
- 4) 蓄膿症・副鼻腔炎がありますか はい ・ いいえ
 (過去に・現在 才頃から)
- 5) 昼間よく口をあけていますか はい ・ いいえ
- 6) 口を開けて寝ていますか はい ・ いいえ
- 7) いびきをかきますか はい ・ いいえ

【9】アレルギー・その他について

- 1) アレルギー体質がありますか はい ・ いいえ
- ①薬によるアレルギー(種類)
- ②金属アレルギー(種類)
- ③花粉アレルギー(種類 時期)
- ④食物アレルギー(種類)
- ⑤アトピー性皮膚炎(部位 才頃から)
- ⑥その他のアレルギー()
- 2) 現在治療のために通院中ですか はい ・ いいえ
 病院名()
- 3) 薬で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 (種類)
 いつ頃、どのような状態になりましたか
 ()
- 4) 喘息はありますか はい ・ いいえ
 いつから()

【10】現在の体調について

- 1) 現在、医院や病院にかかっていますか はい ・ いいえ
 (病院 科)
- 2) 現在、薬を飲んでいますか はい ・ いいえ
 (種類)
- 3) 入院または手術で輸血したことがありますか はい ・ いいえ
 (手術内容)
- 4) これまでに肝炎にかかったことがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃)
- 5) ご家族の方で肝炎にかかった方がいますか はい ・ いいえ
- 6) 現在の体調、特異体質、事故、外傷など、できるだけ詳しく
 ご記入ください
 ()
- 7) 現在妊娠していますか はい ・ いいえ
 (妊娠 ヶ月 / 出産予定日 月ごろ)

【11】虫歯、歯周病、その他について

- 1) 乳歯、永久歯の虫歯がありますか はい ・ いいえ
 (未治療・治療済み・治療予定)
- 2) 歯の治療を受けた時に異常がありましたか はい ・ いいえ
 (症状:)
- 3) 歯周病(歯槽膿漏)はありますか はい ・ いいえ
 (未治療・治療済み・治療予定)
- 4) かかりつけの歯科医師がいますか(住所・氏名)
 (先生)
- 5) 歯を強くぶつけたことがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃)
- 6) 間食の時間は決めていますか はい ・ いいえ
- 7) 歯ブラシは一日何回かけますか 1回 ・ 2回 ・ 3回以上
 いつかけますか (朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 毎食後)

【12】顎の関節について

- 1) 顎や耳の周囲で音がすることがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃から 才頃から どんな音)
- 2) 顎がだるいことや、痛みがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃から 才頃から 朝 ・ 昼 ・ 夕方 ・ 夜 ・ 常に)
- 3) 口が(開けにくい・閉めにくい)ことがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃から)
- 4) 顔、顎などを強く打ったことがありますか はい ・ いいえ
 (いつ頃)
- ※以下には記入しないでください

Note

現状所見