

にこっと矯正歯科 矯正ご相談カード(問診表)

矯正のご相談にさいして、先にかがっておきたいことがあります。全部で3ページ分ありますので、個人情報保護の観点からお差支えない範囲で可能なかぎり詳細に記入してください。

ふりがな					
氏名	保護者名()	生年月日	(西暦でご記入ください) 性別 男・女 ____年 __月 __日 ()歳		
住所	〒				
自宅電話番号	()	通院時間	___分くらい	通院手段	
携帯電話番号	()	ネット・電子メールの利用		する・しない	
勤務先・学校名			メールアドレス		

ご本人のすなおなお意見をお聞きしたいので、難しく考えずにどうぞ率直にご記入ください。

1. 歯並びやかみ合わせに関連して、一番お気にされているのはどういう部分ですか。具体的に教えてください。言葉で表現しにくいときは絵でかいてもかまいません。

よくわからない

2. 気になる部分をどんなふうに直したいと思っていますか。ご自身の考えではどうでしょう。

よくわからない

3. そのほかにも歯やおくちの周辺、顔つきなどについて気になることがあったら教えてください。

4. 歯並びを気にされるようになったのはどういうきっかけですか。

- (1)自分で気づいた (時期) (2)家族・友人に指摘された (どなたに)
 (3)歯科医院・集団検診で指摘された (場所) (4)その他 (具体的に)
 (5)自分では気にしていない

5. 歯並びを直すことにご本人の気はすすんでいますか。 (はい ・ いいえ)

6. 当院のことをどういうきっかけでお知りになりましたか。

- (1) 歯科医院からのご紹介 (医院名) (2) 通りがかりに看板を見て
 (3) 当院で治療を受けている方からのご紹介 (お名前) さま)
 (4) 広告 (電話帳 ・ 屋外の看板 ・ 電柱 ・ 新聞 ・ 雑誌 ・ ほか())
 (5) インターネット (当院HP ・ 歯科紹介サイト(名前) 検索サイト(名前))

7. 普段かかりつけの歯科医院のある方は教えてください。 (医院名)

8. 歯科以外で普段かかりつけのお医者さんのある方は教えてください。 (医院名)

9. 治療の期間(平均2~3年)、 3~4週おきに通院することは可能ですか。 (はい ・ 少し難しい ・ 難しい)

10. 今回ご相談にあたって、どういうことが気になりますか。該当するものに丸をつけてください。(いくつでも可)

- | | |
|--|---------------------|
| 自分の歯並びが本当に美しい歯並びになるか不安 | どこで矯正治療を始めてよいかわからない |
| 矯正治療が自分にとって最善の選択かどうかわからない(審美歯科治療とのちがいなど) | |
| 矯正装置を装着すること自体に抵抗がある | 矯正治療が身体に影響があるか心配 |
| 器具を口のなかにつけることの影響が心配 | 治療に抜歯が必要か不安 |
| 治療中の痛みがあるか心配 | 料金が最終的にいくらになるか不安 |
| カード払いや分割がどこまで可能か知りたい | 通院が学校や仕事の負担にならないか心配 |
| 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安 | 年齢的に治療に不安がある |
| 治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配 | どのくらいの期間がかかるか心配 |

【以下は医学的な面からのご質問となります】

11. ご家族のかたの歯並びの状態を教えてください。

(記入例: 非常によい・普通・少し出っ歯・受け口・乱杭歯・八重歯...など)

続柄	性別	年齢	歯並びの状態	続柄	性別	年齢	歯並びの状態
父							
母							

12. いまの歯並びに気がついたのはいつごろですか。 (歳ごろ)
13. だんだん悪くなりましたか。急に悪くなりましたか。 (だんだん悪くなった ・ 急に悪くなった)
悪くなってきた時期(ころ)
14. 乳歯のときは虫歯が多かったですか。 (いいえ ・ はい)
15. 乳歯は順調にはえかわりましたか。 (はい ・ いいえ)
16. これまでに口の中や頭部を強く打ったり、外傷や病気をなされたことがありますか。(なし ・ あり)
ありと答えた方 (ケガの場所・病名) (時期 歳ごろ)
17. これまでに入院や長期の通院を必要とするようなご病気をされたことがありますか。(なし ・ あり)
ありと答えた方 (ケガの場所・病名) (時期 歳ごろ)
18. アレルギー(金属・ゴム・食品など)や使ってはいけない薬などはありますか。(なし・あり(種類))
19. 以下のようなくせはありませんか。該当するものに丸をつけてください。(いくつでも可)
指しゃぶり ・ 舌や唇をかむ、吸う ・ 毛布や衣服を吸う ・ 爪や鉛筆などをかじる
ほおづえをつく ・ 猫背 ・ 背筋が伸びずものにもたれかかる ・ 寝ている間の歯ぎしり
横向きで寝る ・ うつぶせで寝る
20. 扁桃腺がよく腫れますか。 (いいえ ・ はい ・ 手術したことがある)
21. 鼻がよくつまりますか。 (いいえ ・ はい)

22. ふだん口を開いていることが多いですか。 (いいえ ・ はい)
23. 睡眠中のいびきが激しいと言われたことはありませんか。 (いいえ ・ はい)
24. 寝ている間はよく口を開けていますか。 (いいえ ・ はい)
25. ふだん口で呼吸するくせはありませんか。 (いいえ ・ はい)
26. とくに発音しづらい音はありませんか。(サ行、タ行など) (いいえ ・ はい ())
27. 口をあけたりとじたりするときに、耳の中で「ぼきっ」「ぶつぶつ」といった音はしませんか。
(なし ・ 両側 ・ 右側 ・ 左側)
28. 以下の場所に痛みを感じたことがありますか。またはいま痛みはありますか。
(耳の穴の前 ・ あご ・ 頭 ・ 首 ・ 舌 ・ 頬) 現在痛みなし ・ 痛みあり
29. そのほか肩から上に痛みやコリを感じることはありませんか。
(なし ・ あり(場所:))
30. 口が開けにくいことや、あごが疲れたと感じることはありませんか。(いいえ ・ はい)
31. ふだんお食事のときに左右どちらの奥歯でよくかんでいますか。(両方 ・ 右 ・ 左)
32. 左右どちらかできみにくい側がありますか。また理由も教えてください。
(なし ・ 右 ・ 左) (理由: 虫歯が痛い・歯が抜けそう・歯がない・かむと痛い・その他)
33. 最近歯科治療を受けましたか。(いいえ ・ はい (時期:))
34. バイオリン・木管楽器・金管楽器などの演奏をよくしますか。(いいえ ・ はい(種類:))
35. テニス・バドミントンなど身体を左右非対称につかう活動をよくしますか。
(いいえ ・ はい (種類:))
36. 生後満1歳くらいまでの間に重い病気や栄養不良をおこしたことはありませんか。(いいえ ・ はい)
37. きょうだいと本人の発育状態におおきな違いはありますか。(いいえ ・ はい)
38. 女性のかたへ、生理が始まったのはいつごろですか。(____歳____か月ごろ)
39. 学校に行っているかたへ、身長はクラスの中でどのくらいですか。(低いほう ・ 平均くらい ・ 高いほう)
40. 全身の成長の程度を知るため、1年ごとの身長と体重を教えてください。(学校の身体検査表あるいは通知表の検査欄などを調べるか、保健室の先生に問い合わせる可なかぎり調べてください)
- | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | 身長_____cm | 体重_____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |
| ・ ____年__月__日 (____歳__か月) | _____cm | _____kg |

ありがとうございました。この問診表はご予約の当日にかならずご持参ください。または前日までに郵送かFAX、またはEメールの添付ファイルとしてお送りいただくと非常に診察の助けとなります。よろしくお願いいたします。