

問診票

	/
--	---

1. 本人 No. _____ 初診日 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな氏名	男女	満年	才月	か月日生
住所	〒 _____			
在学学校名 または勤務先	_____ (_____ 年)		転勤	有・無
電話	自宅 (_____)	携帯など (_____)		

2. 保護者

ふりがな氏名		電話	_____ (_____)
住所	〒 _____		
勤務先	_____		転勤 有・無

3. 家族の歯ならび (本人も記入してください)

続柄	年令	歯ならび	職業または在学学校名	続柄	年令	歯ならび	職業または在学学校名
本人							

■歯ならびの記入例……………良い・普通・出っ歯・うけ口・乱杭歯・八重歯・その他

(○印をつけるか、カッコ内に記入してください)

4. 来院の動機

- ①歯ならびのお話を聞いたことがありますか。
はい () いいえ ()
- ②今の歯ならびにどのようにして気がつかれましたか。
(_____)
- ③来院の動機は何ですか。
・自分ないし家族がみつけた
・友人に教えてもらった (_____)
・歯科医師に紹介された、下記に御名前を

氏名		先生
住所	〒 _____	

5. 歯ならびに対する関心

- ①本人が気にしていますか。
はい () いいえ ()
- ②歯ならびを気にして非社会的ですか。
はい () いいえ ()
- ③本人が矯正を希望していますか。
はい () いいえ ()
- ④どの部分が一番気になりますか。
(_____)
- ⑤御両親はお子さんの歯ならびをどう思いますか。
(_____)
- ⑥発音の異常はありますか。
ない () ある (_____)

6. 今の歯ならびに気がつかれた時期

- ・乳歯の時
- ・乳歯から永久歯にかわる時
- ・永久歯になってから
- ・他人から言われて (いつごろ) (_____) 才 ()
- ・歯科医師に言われて (いつごろ) (_____) 才 ()

7. 体の発育について

- ①出生時
 - ・出生時、顔または頭に歪み、外傷などがありましたか
はい (_____) ない (_____)
 - ・妊娠中の母体の健康、出生日、出生時体重、分娩方法などで特にいっておきたいこと。
ある (_____) ない (_____)
- ②授乳 母乳 混合栄養 人工栄養
- ③乳歯は順調に生えましたか。(1~3才)
はい (_____) いいえ (_____)
- ④永久歯は順調に生え代りましたか。
はい (_____) いいえ (_____)
- ⑤今までに大きな病気をしたことがありますか。
はい (_____) いいえ (_____)
- ⑥現在の健康状態
良好 (_____) 不良 (_____)
- ⑦現在の発育状態
標準 標準より小 標準より大
- ⑧今までに顔、アゴ、歯などを強く打ったことがありますか。
はい (いつ _____ どこを _____) (_____) いいえ (_____)

8. 癖について

- ①現在あるいは過去に下記のような癖がありますか。
・指しゃぶり・唇をかむ・唇を吸う・舌を突き出す・舌をもて遊ぶ・かみぐせ(爪、布切れ、衣類、鉛筆、その他) (_____)
- ②癖が行なわれた期間
_____ 才~ _____ 才まで
- ③どんなときに
・寝るとき・遊んでいるとき・勉強しているとき・淋しいとき・悲しいとき・テレビを見ながら・その他 (_____)
- ④癖の現われ方
・しばしば・たえず・ときどき・まれに

9. 鼻、咽喉の病気について

- ①ヘントウセン、アデノイドがよくはれますか。
いいえ (_____) はい・どんなとき (_____)
- ②ヘントウセン、アデノイドをとりましたか。
いいえ (_____) はい・いつ頃 (_____)
- ③鼻がよくつまりますか。
いいえ (_____) はい・どんなとき (_____)
- ④昼間よく口をあけていますか。
いいえ (_____) はい (_____)
- ⑤夜寝ているとき口をあけていますか。
いいえ (_____) はい (_____)
- ⑥夜寝ているときいびきをかきますか。
いいえ (_____) はい (_____)

10. 虫歯、その他について

- ①乳歯の虫歯は多かったですか。
多い (_____) 少ない (_____)
- ②永久歯の虫歯はありますか。
ある (_____) 治療済み (_____) ない (_____)
- ③偏食はありますか。
ある (_____) ない (_____)
- ④甘いものが好きですか。
特に好き (_____) 好き (_____) あまり食べない (_____)
- ⑤間食の時間は決めていますか。
決めている (_____) 決めていない (_____)
その他 (_____)
- ⑥歯ブラシは1日何回かけますか。
ほとんどかけない (_____) 1回 (_____) 2回 (_____) 3回以上 (_____)
その他 (_____)
- ⑦いつかけますか。
朝 (_____) 昼 (_____) 夜 (_____) 食前 (_____) 食後 (_____) 不定 (_____)

11. アレルギー、特異体質について

- ①アレルギーはありますか。
いいえ (_____) はい (_____)
- ②あご関節に問題はありますか。
いいえ (_____) はい (音、痛み、開口障害、その他) (_____)
- ③その他の問題。
(_____)