



問診票

年 月 日

ご記入者名 \_\_\_\_\_

私達の診療室によろこそ！！

初診日には簡単な診査と矯正治療の目的などをご説明して、その概要をご理解していただきます。

以下の項目に○またはご記入ください。

ふりがな \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女 身長 \_\_\_\_\_ cm 血液型 \_\_\_\_\_ 型

生年月日：昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年（西暦 \_\_\_\_\_ 年） \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

学校または勤務先： \_\_\_\_\_ 学年： \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 携帯： \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

勤務先： \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

転勤：無・有（周期 \_\_\_\_\_ 年くらい・不定） 転居の予定：無・有（いつ頃 \_\_\_\_\_）

I. 受診に際して

矯正治療にとって、重要なことは患者さん本人や保護者の方の意識や考え方です。これらは治療の進行や期間や結果に重大な影響を与えます。治療を行うにあたって重要ですので、はっきりご記入下さい。

1. 当院をお知りになった項目に○をおつけ下さい

- 1. 歯科医師に紹介された \_\_\_\_\_ 先生
- 2. 当院の患者または知人 \_\_\_\_\_ 様
- 3. 看板・広告など
- 4. インターネット
- 5. その他 \_\_\_\_\_

- 4. 通院方法：電車・バス・車・自転車・徒歩・その他
- 5. 通院時間 約 \_\_\_\_\_ 分
- 6. 通院に都合の良い曜日 \_\_\_\_\_ 曜日

6. 主訴（一番気になるところ、治したいところ）は何ですか

2. 今回のご来院目的な何ですか

- 1. 相談のみ
- 2. 治療の開始時期を知りたい
- 3. 治療を始めたい
- 4. その他 \_\_\_\_\_

（主訴： \_\_\_\_\_）  
《ご本人の考え方を（ ）内に、保護者の方の考え方を〔 〕内に○をご記入ください》

3. 今回のご来院を言い出したのはどなたですか

- 1. ご本人
- 2. お父様
- 3. お母様
- 4. その他 \_\_\_\_\_

7. 治療に対する積極度はどのくらいですか

- （ ）〔 〕 絶対に治したい
- （ ）〔 〕 かなり治したい
- （ ）〔 〕 どちらでもいい
- （ ）〔 〕 あまりやりたくない
- （ ）〔 〕 やりたくない

4. ご本人の性格について（○はいくつでも）

- 1. 神経質・こわがり
- 2. おおらか
- 3. 決められたことは守る
- 4. いい加減
- 5. 明るい
- 6. 暗い
- 7. その他 \_\_\_\_\_

8. 矯正治療をあきらめようと思う理由がありますか

- （ ）〔 〕 特にない
- （ ）〔 〕 装置が目立つことが嫌
- （ ）〔 〕 痛いのではないかと心配
- （ ）〔 〕 虫歯になるのではないかと心配
- （ ）〔 〕 その他 \_\_\_\_\_

理由がある場合、治療をあきらめますか？

- （ ）〔 〕 あきらめる
- （ ）〔 〕 あきらめない

5. ご本人の生活環境について

- 1. 塾・習い事・クラブ活動 \_\_\_\_\_
- 2. 上記の内、矯正治療の通院より優先することがありますか？ ない・ある \_\_\_\_\_
- 3. 月1回通院可能ですか？ 可・不可・わからない

9. 治療期間中、何回か平日の早い時間帯（午前中）に来院可能ですか

- （ ）〔 〕 時間はいつでもかまわない
- （ ）〔 〕 数回ならかまわない
- （ ）〔 〕 絶対遅い時間帯だけで通院したい
- （ ）〔 〕 早い時間帯に来なければならないなら治療をあきらめる

10. 矯正治療は他の歯科治療とはいろいろな点で異なります。各項目について○をご記入下さい

	良く知っている	知っている	知らなかった
治療期間が長い(通常2~3年、長いと7~8年)			
来院間隔はほぼ月に1回である			
装置は固定式のものと、取り外しができるものがある			
歯を動かすときに痛みがある場合がある			
治療上、健康な歯でも何本か抜く場合がある			
必要に応じて口の外で装置を使うことがある			
治療中は特に良く歯を磨かなければならない			
装置は決められたようにきちんと使わなければならない			
きれいな歯並びになった後も、それを維持するための装置を使わなければならない			

II. 家族構成と歯並び

歯並びは遺伝と深い関係があります。ご家族の方の歯並び・かみ合わせをご記入ください

続柄	年齢	歯並びやかみ合わせの状態 (記入例: 良い・普通・出っ歯・受け口・凸凹・八重歯など)
ご本人		

III ご本人の状態

全身状態

- ご本人の健康状態は 良い・他 \_\_\_\_\_
- 今、歯科以外の医療機関に通院されていますか？  
いいえ  
はい(診療科目: \_\_\_\_\_科、医療機関名 \_\_\_\_\_)
- 特異体質・アレルギーがありますか？ いいえ  
はい(金属・牛乳・その他 \_\_\_\_\_)
- 病気やけがなどで入院したことがありますか？ いいえ

はい( \_\_\_\_\_歳頃、病名等 \_\_\_\_\_ )

- ご家族かご本人が肝炎に罹ったことがありますか？  
いいえ はい(ご本人・ご家族)
- その他特別な病気にかかったことはありますか？  
いいえ はい(ご本人・ご家族) 病名(\_\_\_\_\_)
- 使用にあたって特に注意を受けた薬はありますか？  
いいえ はい 薬の名前(\_\_\_\_\_)
- 身長は現在も伸びていますか？ はい・いいえ
- 女性の方のみお答え下さい。初潮の時期はいつでしたか？ 無・有 ( \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月頃)

2. 鼻・のどについて

- 普段どちらで呼吸していますか？ 鼻・口・両方
- 鼻で呼吸するための障害がありますか？ いいえ  
はい( \_\_\_\_\_ )
- 扁桃腺は良く腫れますか？ はい・時々・いいえ
- 扁桃腺をとりましたか？  
はい( \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月頃) 病院名( \_\_\_\_\_ )
- アデノイドがあるといわれたことがありますか？  
いいえ ・ はい

3. 歯・あごについて

- 乳歯の頃、虫歯はどうでしたか？ 無・少・中・多
- 乳歯は順調に生えましたか？ はい・いいえ
- 乳歯を永久歯の交換は順調でしたか？ はい・いいえ
- 麻酔をしたことがありますか？ はい・いいえ  
その時何か問題がありましたか？ いいえ  
はい( \_\_\_\_\_ )
- 歯を抜いたことがありますか？ はい・いいえ
- 血が止まりにくいですか？ はい・いいえ
- 顎が痛かったり、雑音が出たり、口があけにくいことがありますか？ はい・いいえ
- ストレスの多い生活をしていると思いますか？ いいえ  
はい ストレスの原因は？( \_\_\_\_\_ )
- 頭・顎・歯などを強く打ったことがありますか？  
いいえ・はい( \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月頃)原因( \_\_\_\_\_ )

4. 習癖について

- 過去または現在において該当する習癖があれば○をおつけ下さい

乳首の常用・指しゃぶり・唇をかむ・  
舌を出す・布やタオルなどをかむ・  
頬杖をつく・爪をかむ・歯ぎしりをする・  
寝るときに特定の姿勢をとる

- 上記の癖はいつ・どんなときにありましたか？  
いつ( \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月頃~ \_\_\_\_\_歳 \_\_\_\_\_ヶ月頃)  
どんな時( \_\_\_\_\_ )  
頻度 : たえず・しばしば・時々・まれに

5. かかりつけの歯科医院がありましたら、ご記入下さい

住所: \_\_\_\_\_  
医院名: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 先生)  
電話: \_\_\_\_\_