

矯正診療申し込み・調査用紙

ふりがな 氏名	()	生年月日 昭和 平成	年 月 日	年齢 歳 ヵ月
住所	〒 / 電話 ()	兄弟・姉妹の有無	兄 歳 / 弟 歳 姉 歳 / 妹 歳	
学校名 または勤務先		紹介者		様 先生
通院方法	徒歩・自家用車 バス・電車で	時間 分位	かかりつけ または 近くの歯科医院	
ふりがな 保護者氏名	()	転勤	転勤(無し・有り)	年ごと
職業 または勤務先		緊急の 連絡先	電話 携帯電話	

2. 当院を紹介された方、あるいは知った方法は？

- 1 自分または家族が見付けた(電話帳・看板・バスのアナウンス・ホームページ)
- 2 当院で治療を受けた患者さんに紹介された()さん
- 3 歯科医師に紹介された()先生
- 4 その他()

3. 主訴

- 歯ならびについて気にしていることは、どのようなことですか？(たとえば上の歯のデコボコ)
- 出っ歯・ 受け口・ 歯のデコボコ・ 八重歯・ すきっ歯・ 口元の外観・ 発音しにくい
 ものが噛みにくい・ 歯並びが悪いと虫歯になりやすいこと・ 歯並びが悪いと歯が長持ちしないこと

- どのように直してほしいと思っていますか？(例「前歯がいまより引っ込んで欲しい」など具体的に書いてください。)

4. いまの歯ならびに気付いたのはいつですか？(○印をつけて下さい)

- A. 乳歯の時
B. 乳歯が抜けて生えかわる時
C. 全部永久歯に生えかわってから
D. だんだん悪くなった
E. 急に悪くなった
F. 他人()からいわれて気がついた

5. 矯正歯科治療に対する気持ち

- 歯並びが悪いのを気にしているのはどなたですか

1. 本人
2. 本人と家族(父、母、その他)
3. 家族のみ(父、母、その他)
4. 歯科医師に言われて
5. 学校検診で言われて

- 歯並びを治す事に本人の気が進んでいますか

1. 絶対したい
2. あまりしたくないが必要ならしなければいけないと思っている
3. 年齢的に本人はよく分からないが、親がしてあげたいと思っている
4. 迷っている
5. 装置を付けたくない
6. 痛そうていや
7. 絶対したくない

- 本人の性格は？(○印をつけて下さい)

1. 外向的で活発
2. 心つつ
3. 内向的
4. 神経質
5. 短気
6. 約束事は守る
7. まじめ
8. いい加減なところがある
9. 我慢強い

6. 既往症

- A. 妊娠中あるいは出産時に異常はありませんでしたか(ない、ある:)
B. 出産後今までにかかった大きな病気は(ない、ある:)
C. 体質の異常や食物、薬のアレルギーは(ない、ある:)
D. ケガをしたとき、血の止まりが悪かったことはありませんか(ない、ある)
E. 血圧や心臓の異常、肝臓の病気(肝炎など)はありませんか(ない、ある)
F. ご兄弟/ご姉妹で身体の発育状態に差はありますか(ない、ある)

7. ご本人とご両親の身長は、現在どのくらいありますか、大体で結構です

ご本人 _____ cm. 父 _____ cm. 母 _____ cm

8. 思春期性徴

- 女子 初潮はいつ頃でしたか 年 月頃. まだ
男子 声変わりはいつ頃でしたか 年 月頃. まだ

9. 鼻咽喉疾患

- A. 鼻がよくつまりますか (いいえ、 はい、 以前よくつまった)
 B. のどがよくはれますか (いいえ、 はい、 以前よくはれた)
 C. 扁桃腺やアデノイドをとりましたか (いいえ、 はい、 _____歳頃)
 D. よく口をあいていたり、いびきをかいいたりしますか (いいえ、 はい)

10. 習癖

- A. 口に関する習癖がありますか? (ない、現在ある、昔あった 才頃まで)
 B. どんな癖ですか? (舌や唇をかむ、衣類などものをかむ、指しゃぶり、歯ざしり、
 口で呼吸をする、その他 _____)
 C. しゃべりにくかったり、はっきりしない発音がありますか? (ない、ある)
 D. 歯ざしりをしますか? (いいえ、はい、時々する)

11. 口腔疾患

- A. 乳歯の虫歯は、 (なかった、 少なかった、 多かった)
 B. 乳歯は順調に生えかわりましたか? (はい、 いいえ)
 C. 乳歯が自然に抜けず抜歯してもらったことがありますか? (はい、 いいえ)
 D. 顔や口、歯を強く打ったことがありますか? (はい、 いいえ)
 E. 口内炎がよくてきますか? (ない、 たまにできる、 よくできる)

12. 御家族の歯ならび (本人には○印をつけ、出来るだけ詳細にお書き下さい)

	性別	年齢	*歯並び
父	△		
母	△		
第1子			
第2子			
第3子			

* 歯ならびの記入例: 非常によい、普通、少し出歯、ひどい出歯、受け口、乱杭歯、八重歯など

13. 顎の動きについて (顎の関節は耳の少し前にあります)

- A. 口を開ける時、顎の関節付近で変な音がしますか(しない、たまにする、よくする _____ 頃から)
 B. 顎の関節あたりが痛くなったり口があきにくくなることがありますか?(ない、ある _____ 才頃から)
 C. 咬みにくいところがありますか (ない、ある [前歯、右奥歯、左奥歯])

14. 転勤: 2~3年後に転勤(転居)される予定がありますか?

- A. ある(通院不可能となる) B. あるが通院は、可能である
 C. 2~3年は大丈夫だがいずれある D. 転勤(転居)はない

15. 通院について: 矯正装置が付きますと月に1回の間隔で来院していただくこととなります

- 治療期間が一般的な治療では2年前後かかりますが最後まで通院できますか
 1. 自信がある 2. たぶんできる 3. 難しい 4. わからない
 ●土曜日 日曜日の予約が、ご希望ですか
 1. はい(理由 _____)
 2. いいえ 3. どちらでもよい
 ●装置装着(装置除去)時だけは、平日(火・水・木曜日)の午前10時あるいは午後2時に来院していただきたいのですができますか (はい、絶対無理)
 ●矯正治療期間が予定よりも もしも過ぎてしまったら?
 1. 長引いても完全にきれいにしたい 2. 途中でいいから外したい
 3. ある程度きれいだったらはずしたい 4. 先生の指示に任せる

16. 治療上の質問 (○印をつけて下さい)

- 矯正装置を付けることに対してはどうですか?
 1. 絶対にいやだ 2. 気にならない 3. 自立たなければいい
 4. 小さくて本人がわかっていない
 ●治療上ときには健康な歯を抜くことがありますがいかがでしょうか?
 1. 絶対抜きたくない 2. 必要ならやむをえない 3. はじめから指示に従う
 ●歯を動かすと一時的に浮いた感じや痛みが出ることがありますがいかがですか?
 この痛みは最初の装置装着時後3日くらいから7日くらいでおさまります
 1. 我慢する 2. 少し心配だが耐えられると思う 3. 絶対に我慢できない
 ●一度はきちんと治ってもその後の保定装置(後戻りを防ぐもの)を指示通りに使用しないと後戻りをする可能性がありますがいかがでしょうか?
 1. もう一度装置を付けてでも完治させたい 2. わずかなら気にならない
 3. 気にはなるが、もう装置は付けたくない
 ●装置を付けた場合歯磨きが不十分だと虫歯にかかりやすくなりますがきちんと歯磨きはできますか?
 1. 食後に必ず磨く 2. できるだけ磨く 3. 磨く自信がない。
 ●治療中きめられたことを守らないと期間がのびたりきれいに治らないことがありますか協力できますか?
 1. どんな時でも十分協力できる 2. なんとかできる 3. できる自信がない

17. 保護者の方へ(患者さんが低学年の場合)自宅での歯磨き管理はできますか?

1. 不十分な時は仕上げ磨きする 2. 忙しくて歯磨きを見てあげる時間がない
 3. 本人にまかせる
 以上です。どうぞご苦労さまでした