

矯正治療問診票

年 月 日

つかだ矯正歯科クリニック

受診される方の氏名

性別 男・女 S
H 年 月 日生

住 所

電話

職業

□の中に、○か✓印を記入してください。

- | | | | |
|---|------------------------------|---|--------------------------------|
| ・ 以前に他院で矯正治療を受けたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい・どこですか () | |
| ・ かかりつけの先生の紹介で、ここへ来られましたか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい・医院名 () | |
| ・ ご家族の方でほかに矯正治療を受けた方がいらっしゃいますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい・いつ ()
どこですか () | |
| ・ つめを咬む癖がありましたか。
あるいは現在もしていますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい・ () | 才頃から まで) |
| ・ 指を吸う癖がありましたか。
あるいは現在もしていますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい・ () | 才頃から まで) |
| ・ 唇を咬む癖がありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ 唇を舌でなめる癖がありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ 鼻がよくつまったりしますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ 耳鼻科に通っていますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ 口をいつもあけていますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ 口を大きくあけると音がすることがありましたか。あるいは現在もしますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ 虫歯でもないのに口があけにくくなったり、顎が痛くなったりしたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ 食事の時、右側だけ、あるいは左側だけで咬んでいますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ くいしばり・歯ぎしりをしていると気づいたことがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ ふだん、舌を軽く咬んでいることがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> わからない |
| ・ のどがつまるような感じがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ 首のうしろや肩がだるいと感じることがありますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ よく頭痛がしますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |
| ・ 就寝中、いびきをかいていますか。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | |