

# 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	カ月日生
在 学 校 名 または勤務先	( 年 )			

## 2. 保護者

ふりがな 氏名		職 業	
住 所	〒 _____		
勤 務 先			転 勤 有・無
電 話	自宅 ( )	勤務先	( )

## 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 schools 名	続柄	年令	歯ならび	職業または在 schools 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

(O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。  
・自分ないし家族が見つけた  
・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 ( )

## 戸村矯正歯科クリニック

### 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つておきたいこと。  
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 ( )

- 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
- ⑧歯ブラシの種類は。  
( )

### 11. 特異体質、その他で特に言っておきたいこと

- (例 アレルギー、あごの関節から音がする)  
( )