

# 矯正治療問診票

年 月 日 記入

この問診票は、患者様が矯正治療を開始するにあたって診断や治療方針をたてるための大切な資料となりますので、できるだけ詳しくご記入ください。

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	西暦	年 月 日 ( 歳)
住所	〒				
TEL		緊急 連絡先			
職業 学年		E-mail			
転居の予定	なし あり (いつ頃: )	かかりつけ 歯科医院	なし あり (医院名: )		

当院をお選び頂いた理由をお聞かせください

- ・ホームページを見て(PC 携帯) ・看板を見て(仙台駅) ・SNSを見て
- ・家が近いから ・職場が近いから
- ・歯科医院からの紹介(医院名 )
- ・知人からの紹介(紹介者 ) ・その他( )

本日はどのようなことをお聞きになりたいですか

- ・矯正治療が必要か知りたい(とりあえず相談してみようと思った)
- ・矯正治療に対して不安があるので確認したいことがある
- ・矯正治療をすることは決めているが、どのような治療方法で行うのか相談したい
- ・矯正治療をすることは決めているが、どこの医院でするか悩んでいる

過去に矯正治療を受けられたご経験はありますか

- ・ない ・ある(いつ頃: 医院名: )

※上記「ない」とお答えの方。過去に矯正相談を受けられたご経験はありますか

- ・ない ・ある(いつ頃: 医院名: )

## 【1】気になっていることについてお教えてください

歯並びや咬み合わせに等について気になっている順に数字を入れてください

1番( )      2番( )      3番( )

- ①食物がよく咬めない      ②発音がしにくい      ③生えかわりの異常      ④歯数の異常
- ⑤歯並びの凸凹      ⑥上の歯が出ている      ⑦下の歯が出ている      ⑧歯がかみ合わない
- ⑨顎関節の痛み・音がする・口が開けにくい      ⑩唇が閉じられない
- ⑪顔の形が気になる(具体的に: )
- ⑫歯のホワイトニング      ⑬その他( )

いつ頃から歯並びを気にされるようになりましたか

- ・小学生      ・中学生      ・高校生      ・成人後      ・数年前から      ・ここ最近

ご家族に似たような歯並びの方はいらっしゃいますか

- ・はい(父 母 祖父 祖母 兄弟 その他: )      ・いいえ

- 歯並びが気になりだしたきっかけについて当てはまること全てに○をつけてください
- ・家族、知人からの指摘
  - ・顔だちを見て
  - ・親の歯並びが悪い
  - ・食事がしにくい
  - ・いつも口が開いている
  - ・歯磨きが難しい
  - ・歯科医院、学校検診での指摘
  - ・その他( )
  - ・自分では気にしていない

- 矯正治療について不安に感じていること全てに○をつけてください
- ・治療中の痛み
  - ・治療期間
  - ・料金、支払い方法
  - ・装置の見た目
  - ・歯を抜く
  - ・日常生活に支障はないか
  - ・歯科医師の技術
  - ・スタッフの人柄
  - ・医院の雰囲気
  - ・その他( )

- インビザライン(マウスピース矯正)はご存知ですか
- ・はい(インビザラインでの治療をご希望ですか? はい まだわからない )
  - ・いいえ

## 【2】健康状態についてお教えてください

- 過去または現在において以下の病気をしたことがありますか
- ・はい
  - ・いいえ
  - ※はいの方は当てはまるものに○をつけてください
- |                |       |        |         |     |      |
|----------------|-------|--------|---------|-----|------|
| ・肝臓病(A・B・C 肝炎) | ・心臓病  | ・糖尿病   | ・貧血     | ・喘息 | ・腎臓病 |
| ・高血圧           | ・血液疾患 | ・アレルギー | ・その他( ) |     |      |
| (※病名           | いつ頃   |        |         |     |      |

- なにかお薬を飲んでいますか
- ・いいえ
  - ・はい(薬の名前 )

- これまでに以下のような症状、ご経験がありますか
- ・はい
  - ・いいえ
  - ※はいの方はあてはまるものに○をつけてください
- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| ・血が止まりにくい         | ・歯科治療で気分が悪くなったことがある |
| ・顔、口、歯を強く打ったことがある |                     |

- 女性の方にお聞きします
- ・妊娠していますか： はい
  - ・初潮年齢： 歳
  - ・いいえ

## 【3】矯正相談を受診するにあたり伝えておきたいこと、ご要望などございましたらご記入ください

( )

ご協力ありがとうございました。ご質問等ございましたらお気軽にお問合せください。