

問診票

[No. _____]

[____ / ____ / ____]

※ご希望にあったプランをご提案させて頂くためにご記入をお願い致します。

あなたのプライバシーは厳守されます。ご心配なさらずご記入ください。

ローマ字表記 フリガナ	性別	身長	生年月日	年齢
患者氏名	様 男・女	cm	西暦	年 月 日 歳
〒 _____	_____ 県・都	_____ 市	_____ 区・町	
番地・マンション名など			☎ (_____)	
通院方法	車・徒歩・電車・自転車・バス・その他 (_____)	通院時間	約	分
_____ 学校名または勤務先名↓	_____ 学年↓	_____ 年	転勤の可能性	有・無
フリガナ				
保護者氏名 (患者さまが未成年の場合のみご記入ください)				様
保護者勤務先名		転勤の可能性		有・無
かかりつけの歯科医院名 (_____) 区		担当者名		歯科医師・衛生士
かかりつけの病院名		担当医名		
気になる点をチェックしてください。その他気になる点がありましたら具体的にご記入ください				
<input type="checkbox"/> 歯並び	<input type="checkbox"/> 噛み合わせ	<input type="checkbox"/> 唇の形	<input type="checkbox"/> 顎の形	<input type="checkbox"/> 歯の色
<input type="checkbox"/> 磨きにくいところがある	<input type="checkbox"/> 歯の間にモノが挟まる	<input type="checkbox"/> 歯ぐきの状態	<input type="checkbox"/> □□臭	
<input type="checkbox"/> その他 (_____)				

来院された動機や経緯などがあればご記入下さい

※該当箇所に○印をつけて下さい。

当院をお知りになったのは

1) 自分または家族が見つけた (複数回答可)

通りがかり・ヤフー・グーグル・ビタミンママ・田園都市の頼れるドクター・リビング田園都市・タウンニュース
ピタママタイムズ・看板・ロコミ・その他(_____)

2) 友人・知人の紹介

紹介者名 _____ 様 ・ 名前は分からない

3) 歯科医師に紹介された

歯科医院名 _____ / _____ 先生

矯正相談について

1) 初めて 2) 一般歯科で受診 3) 専門医院で受診 4) その他

※歯並びは遺伝的な要因も関係します。ご家族の歯並びについて分かる範囲でお答え下さい

(記入例：良い・普通・出っ歯・受け口・でこぼこ など)

続柄	年齢	歯並び

↓裏面もご記入ください↓

《鼻の疾患や習癖なども歯並びに大きく影響します。下記のご質問に分かる範囲でお答え下さい》

鼻・咽頭について	全身の状態、その他について
1) 扁桃（よく腫れる、時々腫れる、腫れない、取った）	1) 感染症にかかったり、大きな病気やケガをした事がありますか
2) 鼻がつまりますか（はい、時々、いいえ）	（病名： _____）
3) 普段、口をあけていますか（はい、時々、いいえ）	（時期： _____）
4) いびきをかきますか（はい、時々、いいえ）	2) 現在、通院中の病気がありますか
5) 口で息をしていますか（はい、時々、いいえ）	（病名： _____）
6) 耳鼻科に通院していますか（はい、時々、いいえ）	3) 現在、服用中の薬はありますか
習癖について	（薬品名： _____）
1) おしゃぶりの常用、指しゃぶり、唇を噛む 指や爪を噛む、舌を出す、布やタオルを噛む	4) 薬、金属、食べ物等のアレルギーはありますか
歯ぎしりをする、頬杖をつく、同じ姿勢で寝る （その他： _____）	（はい： _____、いいえ）
2) 上記のような癖が （現在ある、過去にある： 才～ 才まで）	5) 歯や顎をぶつけたことがありますか（はい、いいえ）
3) どんな時に現れますか 遊んでいる時、淋しい時、勉強する時、寝る時 （その他： _____）	6) 顎が痛かったり口をあけづらい事がありますか（はい、いいえ）
	7) 歯（乳歯を含む）を歯科医院で抜いた事がありますか（はい、いいえ）
	8) 乳歯と永久歯の交換は順調でしたか（はい、いいえ）
	9) 乳歯の時、虫歯は多かったですか（はい、いいえ）
	10) 身長は伸びていますか（はい、いいえ）
	11) 喫煙はしますか（はい、いいえ）
	12) 女性の方のみお答え下さい 初潮はきましたか（まだ、はい： 才 ヶ月頃）
	現在、妊娠していますか（はい、いいえ、わからない）

《治療について》

矯正治療を行うことに積極的ですか
ご本人→ <input type="checkbox"/> とても積極的 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> とても消極的
ご家族→ <input type="checkbox"/> とても積極的 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> とても消極的
矯正治療について不安に感じる事はどんな事ですか（複数回答可）
<input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 期間 <input type="checkbox"/> 仕上がり <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 抜歯 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 対応 <input type="checkbox"/> 見た目
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
「いつまでにキレイな歯並びにしたい」という期間的なご希望や目標はありますか
<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> ある（ _____ 年 _____ 月頃まで）
矯正治療を行うことでどうなったら嬉しいですか。なるべく具体的にご記入ください

《通院および生活環境について》

近い将来の受験や部活、習い事、生活環境の変化についてご記入ください
記入例：○年○月中学受験あり、吹奏楽部、サッカーのクラブチームに所属、◎年◎月結婚予定など
（ _____ ）
スポーツをしていますか
<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している：種目（ _____ ）頻度（ _____ 回/週・月）
通院できない曜日はありますか（複数回答可）
<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 特になし