

# 矯正治療を希望される方へ

矯正治療を始める前に本人の医学的・歯科的な病歴の質問についてお答え下さい。  
どの質問も、より正確な治療方針を立てる際に大変参考になり、より安全な治療を進める上でとても重要です。できるだけ詳しくお答えいただければ幸いです。

フリガナ  
氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日  S・H  年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年令 \_\_\_\_\_ 才

住 所 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

勤務先及び学校名 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

転勤及び転校の可能性 YES・NO ※YES と答えた方 時期 \_\_\_\_\_ 頃・場所 \_\_\_\_\_ へ

保護者及び配偶者の氏名 \_\_\_\_\_ 職 業 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

かかりつけの医師（医院・病院） \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

かかりつけの歯科医師（歯科医院） \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

当院を初めて知ったきっかけは何でしたか？○で囲んでください。

（①口コミサイト ②HP ③Instagram・TikTok ④看 板 ⑤紹介 \_\_\_\_\_  
⑥その他 \_\_\_\_\_）

来院の決め手は何でしたか？

（①口コミサイト ②HP ③Instagram・TikTok ④看 板 ⑤紹介 \_\_\_\_\_  
⑥その他 \_\_\_\_\_）

<YES か NO を選び、YES の場合には、さらに続く質問についてお書きください>

YES NO

(健康状態)

- ☐ ☐ 現在、医師の治療を受けていますか。
- ☐ ☐ 以前に比較的大きな病気をした事がございますか。 病名\_\_\_\_\_ 年令\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 以前に（心臓・肝臓・腎臓・血液）に疾患があると言われた事がございますか。 病名\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 以前に鼻疾患がございましたか。（現在ございますか） 病名\_\_\_\_\_ 年令\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 常用している薬物はございますか。 薬名\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 薬や食品、金属に対してアレルギーはございますか。 薬・食品・金属名\_\_\_\_\_

(歯の健康状態)

- ☐ ☐ 現在、医師の治療を受けていますか。
- ☐ ☐ 以前に歯周病（歯肉炎）だと言われた事がございますか。 年令\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 以前に歯石を取られた事がございますか。 いつ頃ですか\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 歯ブラシの指導を受けた事がございますか。 いつ頃\_\_\_\_\_ その方法（縦みがき・横みがき・その他\_\_\_\_\_法  
1日に何回歯磨きをなさいますか。 \_\_\_\_\_回
- ☐ ☐ 冷たい物が歯にしみたり食べ物をはさまる事がございますか。 部位は?\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ あくびをしたり、食事中に顎に変な音がする事がございますか。 どんな時にですか\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 以前に顎が痛み、大きく口を開けられなくなった事がございますか。 年令\_\_\_\_\_才頃
- ☐ ☐ 以前に顔・口・下顎を強く打たれた事がございますか。（顔・口・顎） 年令\_\_\_\_\_才頃
- ☐ ☐ 日中、歯を強くくいしばる事がございますか。 どの様な時にですか\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 肩こりを感じる事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。  
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- ☐ ☐ 耳鳴りがする事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。  
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- ☐ ☐ 風邪ではないのに頭痛がする事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。  
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- ☐ ☐ 現在、過去において下記のような癖がございますか。（ございましたか） ○で囲んでください。  
(  
・物を咬む（爪・唇・鉛筆・楽器のリード・その他\_\_\_\_\_）  
・寝る時に特定の姿勢をとる ・頬杖をつく  
・口を開けて息をする ・歯ぎしりをする ・いびきをかく  
)
- 現在、お口の中、及び口もとで、気になる場所はどこですか。 ○で囲んでください。（いくつでも）  
・上の歯が出ている ・うけ口（反対咬合） ・歯のでこぼこ（八重歯） ・歯のすき間  
・前歯が咬み合わない ・奥歯の噛み合わせ ・口もとが出ている ・口もとが引っ込みすぎている  
・咬みにくい ・発音しにくい ・その他\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 以前に矯正治療を受けた事がございますか。 医師・医院名\_\_\_\_\_才頃
- ☐ ☐ 御家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか。（続柄）\_\_\_\_\_
- ☐ ☐ 御家族の中で自分と似た歯並びをしている方はいらっしゃいますか。 \_\_\_\_\_

☆その他、特異体質や治療の手助けとなることがございましたらお書き下さい。御協力ありがとうございました。

---

---

---