

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 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
住 所 〒 _____ Phone _____
学校名 _____ 学年 _____ 年生 クラブ活動 _____
父親の氏名 _____ 職 業 _____ 勤務先名 _____
母親の氏名 _____ 職 業 _____ 勤務先名 _____
転居の可能性 YES ・ NO ※YES と答えた方 時期 _____ 頃・場所 _____ へ
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 _____
緊急連絡先 _____ 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

☐	☐	現在、医師の治療を受けていらっしゃいますか。 病名_____
☐	☐	以前に比較的大きな病気をした事がございますか。 病名_____
☐	☐	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_____
☐	☐	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_____
☐	☐	常用している薬物はございますか。 薬品名_____
☐	☐	鼻がつまりやすいですか。 耳鼻科を受診された事があれば、それはいつ頃ですか。 _____
☐	☐	扁桃腺が腫れやすいですか。 月 1 回以上 2～3 ヶ月に 1 回 半年に 1 回 年に 1 回
☐	☐	現在歯の治療を受けていらっしゃいますか。
☐	☐	以前に矯正治療を受けた事がございますか。 いつ頃_____ どこで_____
☐	☐	御家族の中でお子様と似た歯並びをしている方はいらっしゃいますか。 続柄_____
☐	☐	歯ブラシはいつも自分でなさいますか。 その回数 1 日 3 回以上 1 日 2 回 1 日 1 回 1 日 1 回未満
☐	☐	今までに歯ブラシの指導を受けた事がございますか。 どこで_____
☐	☐	冷たい物が歯にしみたり痛んだりするところがございますか。 部位は? _____
☐	☐	歯ブラシをすると歯肉から出血する事が多いですか。
☐	☐	以前に顔・口・下顎を強く打たれた事がございますか。 いつ頃_____ どこを_____
☐	☐	今までに顎の関節が痛んだり、変な音がした事がございますか。 いつ頃_____
☐	☐	今までに口が大きくあけられなくなった事がございますか。 いつ頃_____
☐	☐	吹奏楽器を習ったことがありますか。 楽器名_____
☐	☐	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、お子様の歯ならび及び口もとで、気になるものを○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
- ・歯の色 ・発音 ・その他_____

☆その他、特異体質や治療の手助けとなるような事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。
