

(ご家族の方がすでに受診されている患者様は、重複する項目のご記入は不要です。)

## 問 診 票

No. \_\_\_\_\_ 年 月 日受付

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

学校名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 年生 クラブ活動 \_\_\_\_\_

転居の可能性 なし・あり (時期 \_\_\_\_\_ 場所 \_\_\_\_\_ )

お父様の氏名 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_

お母様の氏名 \_\_\_\_\_ ご職業 \_\_\_\_\_ 勤務先 \_\_\_\_\_

かかりつけの医師 (病院名) \_\_\_\_\_

かかりつけの歯科医師 (歯科医院名) \_\_\_\_\_ 年 月から

ご本人様ご身長 \_\_\_\_\_ cm ご本人様ご体重 \_\_\_\_\_ kg

お父様ご身長 \_\_\_\_\_ cm お母様ご身長 \_\_\_\_\_ cm

※顎の骨の成長予測データになります

以下のご質問にお答え下さい (○で囲んでください)

- このたびはどのようにして当矯正歯科をお知りになりましたか？
  - 歯科医師の紹介 \_\_\_\_\_ 先生 ( \_\_\_\_\_ )
  - 知人の紹介 \_\_\_\_\_ 様
  - 看板
  - 当院HP、インターネット情報
  - タウンページ
  - 雑誌
  - その他 \_\_\_\_\_
- 身近なかで矯正治療を受けられた方がいらっしゃいますか？
  - 本人
  - 保護者
  - 兄弟
  - 友人、知人、親戚
  - いない
- 矯正治療について
  - 良く知っている
  - ある程度は知っている
  - あまりよくわからない
  - ほとんどわからない
- 矯正治療が通常の歯科治療より期間がかかることについて
  - 知っている
  - 聞いた事はある
  - 知らない
- 矯正治療は健康保険が適用されないことについて
  - 知っている
  - 聞いた事はある
  - 知らない

以下、YES・NOのいずれかにチェックを入れ、YESの場合はさらに続く質問、選択肢にお答え下さい。

&lt;健康状態について&gt;

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ことがございますか。 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_
- 以前に [心臓・肝臓・腎臓・血液] に病気があると言われたことがございますか。 病名 \_\_\_\_\_
- 薬や食品・金属に対してアレルギーがございますか。その薬、食品、金属名 \_\_\_\_\_
- 常用している薬はございますか。薬品名 \_\_\_\_\_
- 鼻がつまりやすいですか。
- 耳鼻咽喉科を受診されたことがありますか。それはいつ頃ですか。 \_\_\_\_\_
- 扁桃腺がはれやすいですか。  
( a. 月1回以上 b. 2~3か月に一回 c. 半年に一回 d. 年に1回 )
- 甲状腺機能障害はございますか。 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_
- 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ことがございますか。  
いつ頃 \_\_\_\_\_ ところで \_\_\_\_\_

(ご家族の方がすでに受診されている患者様は、重複する項目のご記入は不要です。)

- お子様の歯並びはどなたかご親族の方に似ていますか。その方の続柄 \_\_\_\_\_
- 歯ブラシはいつもご本人がなさいますか。一日に ( a. 3回以上 b. 2回 c. 1回 d. 1回未満)
- 今までに歯ブラシの指導を受けたことはございますか。 どこで \_\_\_\_\_
- 冷たいものがしめたり、痛んだりする所がございますか。 部位は? \_\_\_\_\_
- 歯ブラシをすると歯肉から出血することが多いですか? 部位は? \_\_\_\_\_
- 以前に顔、口、下顎を強く打ったことがございますか。 いつ頃、どこを \_\_\_\_\_
- 今までに顎の関節が痛んだり、変な音がしたことがございますか。 いつ頃 \_\_\_\_\_
- 今までに口を大きく開けられなくなったことがございますか。 いつ頃 \_\_\_\_\_
- 歯ならびを治すのにご本人は積極的ですか。
- 吹奏楽を習ったことがございますか。 その楽器名 \_\_\_\_\_
- 食事中テレビを見ますか。テレビはどの角度にありますか。  
( a. 本人から見て正面 b. 左 c. ななめ左 d. ななめ右 e. 右 )
- 現在・過去において以下のような癖がございますか (ございましたか)。○で囲んで下さい。  
(爪や鉛筆を咬む 唇を噛む 寝る時に特定の姿勢をとる 歯ぎしりをする  
指しゃぶり 口で息をする 頬づえをつく 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○で囲んで下さい (いくつでも)。

[上の歯が出ている 歯のでこぼこ (八重歯など) 歯の色 口もとが出ている 受け口 (反対咬合)  
歯のすき間 奥歯の噛みあわせ 前歯が噛みあわない その他 \_\_\_\_\_]

☆その他、特異体質や治療の手助けになるようなことがございましたらお書き下さい。

---

---

---

ご協力ありがとうございました。

## <小児用>

### 矯正治療をご希望される方へ

御予約いただいた時間をより充実したものにするために、お手数ですがいくつかの質問にご記入いただいたうえで御予約の日にお持ち下さい。

治療についての詳細は当院ウェブサイトの「初めての患者様へ」ページに掲載されていますのでご来院前に必ずご確認ください。

※なお、初診相談と検査を同日にご予約いただいた方や、初診相談終了直後に検査のご予約を取られた方の初診相談料は、検査当日にご返金となるシステムになっております。

白石矯正歯科

〒101-0024 東京都千代田区神田和泉町1-2-19 石井ビル3F  
TEL 03-3866-8760 ウェブサイト <http://www.shiraishi-ortho.com>

