

(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 _____ (_____)

学校および勤務先 _____ TEL _____

転居の可能性 なし・あり (時期 _____ 場所 _____)

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

※受診される方が未成年の場合には以下の項目にご記入下さい。

お父様の氏名 _____ ご職業 _____ 勤務先 _____

お母様の氏名 _____ ご職業 _____ 勤務先 _____

以下のご質問にお答え下さい (○で囲んでください)

1. 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？

a. 歯科医師の紹介 _____ 先生 (_____) b. 知人の紹介 _____ 様

c. 看板 d. 当院HP、インターネット情報 e. タウンページ f. 雑誌 g. その他 _____

2. 身近なかたで矯正治療を受けられた方がいらっしゃいますか？

a. 本人 b. 保護者 c. 兄弟 d. 友人、知人、親戚 e. いない

3. 矯正治療について

a. 良く知っている b. ある程度は知っている c. あまりよくわからない d. ほとんどわからない

4. 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

a. 知っている b. 聞いた事はある c. 知らない

5. 矯正治療は健康保険が適用されないことについて

a. 知っている b. 聞いた事はある c. 知らない

6. 矯正装置の種類のご希望について

a. 通常の外側の透明な装置でよい b. 見えない裏側の装置がよい c. どちらにするか相談後考えたい

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。

<健康状態について>

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 _____

現在または過去において鼻疾患はございますか。 病名 _____ 年齢 _____

甲状腺機能障害はございますか。 病名 _____ 年齢 _____

<歯・顎関節の健康状態について>

YES NO

現在歯の治療を受けていらっしゃいますか。

以前に歯肉炎、歯周炎であると指摘されたことはございますか。

いつ頃 _____ どこで _____

今までに歯みがきの指導を受けたことはございますか。 いつ頃 _____

引き続き裏面もお願いいたします

(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。)

- 冷たい物が歯にしみたり、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 _____
- 口を開け閉めする際に顎がガクガク、カクカクしますか。
- 食事の後に顎がだるくなる場合がございますか。
- 耳の奥や耳の前が痛む場合がございますか。
- 歯ぎしりまたは噛みしめ癖がございますか。
- 肩凝りを感じることはございますか。(a. 毎日ある b. しばしばある c. 時々ある)
- 耳鳴りがすることはございますか。(a. 毎日ある b. しばしばある c. 時々ある)
- 風邪ではないのに頭痛がすることがございますか。(a. 毎日ある b. しばしばある c. 時々ある)
- 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)
- 食事は顎の両側でほぼ左右均等に噛んでいますか。Noの場合 (a. 右が多い b. 左が多い c. 不明)
- 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 頻繁に足を組む
指しゃぶり 口で息をする 頬づえをつく いびきをかく)
- 以前に矯正の治療を受けたことがございますか。 医院名 _____ 才頃 _____
- ご親族の方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。 続柄 _____

☆歯ならびおよび口もとで、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。

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 HP <http://www.shiraishi-ortho.com>

