

# 矯正予診表

HIRAOKA ORTHODONTIC OFFICE

年 月 日 記入

○この調査内容は、医学上の事項なので秘密を厳守します。

フリガナ		生年月日	性別	年齢
氏名		西暦 年 月 日	男・女	歳 ヶ月
住所	〒		身長	cm
			体重	kg
本人携帯番号		自宅 TEL		
緊急連絡先		学校・勤務先		

保護者氏名	父	母	転勤の可能性	有・無
保護者住所	〒		TEL ( )	
保護者職業・勤務先			TEL ( )	

続柄	年齢	歯並び	続柄	年齢	歯並び
本人					
父					
母					

記入例：良い・普通・出っ歯・受け口・乱杭歯(ガタガタ)・開咬(前歯で咬めない)・八重歯・その他

## <来院した動機>

①相談したい症状はなんですか、気になるところを詳しく記入して下さい。

[ ]

それが気になりだしたのはいつ頃ですか。

[ ]

- ②当医院に来院したのは
- ・自分ないし家族の意志
  - ・友人、知人の紹介
  - ・歯科医師、医師の紹介
  - ・雑誌等を見て
  - ・広告、インターネット等

お名前 \_\_\_\_\_

医院名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_

雑誌名 \_\_\_\_\_

H・P / 口コミサイト / 検索サイト / ( )

③本人は歯並びを気にしていますか はい ・ いいえ

④本人が矯正治療を希望していますか はい ・ いいえ

⑤矯正治療の経験はありますか はい ・ いいえ

時期と医院名 [ ]

⑥整形外科、形成外科、美容外科等で顔の治療を行いましたか はい ・ いいえ

裏に続きます⇒

①口の状態について

- ・乳歯の虫歯は多かったですか？ はい いいえ
- ・口や顎を強くぶつけたことはありますか？ はい ( 歳頃) いいえ
- ・顎の関節に異常を感じたことはありますか？ はい ( 歳頃) いいえ
- ・かかりつけの歯科医院はありますか？ はい ( 医院名 ) いいえ
- ・最後に歯科医院に行ったのはいつですか？ 年 月頃

②鼻、のどの状態について

- ・扁桃腺がよく腫れますか？ はい いいえ
- ・鼻はよくつまりますか？ はい いいえ
- ・いびきをかきますか？ はい いいえ
- ・特にしにくい発音はありますか？ はい いいえ
- ・昼間や寝るときなどよく口を開いていますか？ はい いいえ
- ・歯ぎしりをしますか？ はい いいえ

③癖について

下記の癖について過去現在にわたり該当するものがありましたら○を付け、その時期を記入して下さい。

おしゃぶりの常用・指しゃぶり・唇を咬む・唇をなめる・爪を咬む・頬杖をつく  
口で呼吸する・寝る時に特定の姿勢をする・その他( )

【時期： 歳～ 歳まで】

④最近の健康状態について

- ・現在の体調 (良好・不良) 不良の理由( )
- ・通院の有無 (有・無) 病院名： \_\_\_\_\_ 診療科名： \_\_\_\_\_

⑤内科的疾患の既往歴について、該当するものがあれば○を付けてください。

心臓病・高血圧症・低血圧症・糖尿病・肝臓病・腎臓病・胃腸疾患・貧血・喘息  
脳卒中・てんかん・心身症・蓄膿症・甲状腺疾患・呼吸器疾患・ウイルス性疾患  
リウマチ熱・血液疾患・悪性腫瘍・性病・B型肝炎・C型肝炎・その他( )

⑥血液疾患への配慮について

- ・外科手術経験 (有・無) 出血性素因 (有・無) 血液型 ( 型)
- ・歯科麻酔経験 (有・無) 輸血経験 (有・無) 血液検査 (有・無)

⑦薬剤への配慮について

- ・アレルギー体質 (有・無) 何に対してですか？ ( )
- ・現在、服用中の薬剤はありますか？ 有 ( ) 無

⑧女性の方のみお答え下さい

- ・生理 : 無 ・ 有 ( 歳より)
- ・現在、妊娠されていますか？ ( 無 ・ 疑 ・ 有 ( ヶ月) )

・ Chief Comp :	Missing	
・ Angle CO-R : L : CR-R : L :		
・ TMD : ( )	Mid-line	
・ Notes : 鼻 ( )		