

矯正問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		愛称	性別	男 女	生年月日	平成 年 月 日
お名前						満 歳 ヶ月
現住所	〒				自宅電話	-
					携帯電話	-
当院を知ったきっかけ	・タウンページ ・広告 ・看板 ・近いから ・インターネット ・ご家族の方が来られている→ 様、 様、 様 ・紹介してもらった→紹介者 様					
保護者の方のお名前			続柄	ご兄弟		

※電話番号・携帯電話は、予約の確認・変更等に使用させていただくことがあります。

※ご記入いただいた情報は個人情報保護法に基づき、当医院での診療目的以外に使用することはありません。

■あてはまる所に○をしてください

1	矯正の相談をしたことはありますか	ある	ない			
2	矯正の費用は一般的にいくら位かご存じですか	はい	いいえ			
3	どこの部分が気になってますか	上の前歯	下の前歯	上下の前歯	受け口	出っ歯
		八重歯	その他()			
4	家族で同様の歯並びの方はいますか	いない	いる			
5	薬のアレルギーはありますか	ない	ある			
6	麻酔薬にアレルギーはありますか	ない	ある			

■次のような症状はありますか？それはいつ頃でしたか？

1	頭痛	ない	ある()			
2	鼻づまり	ない	ある()			
3	肩こり	ない	ある()			
4	指しゃぶり	ない	ある()			
5	歯ぎしり	ない	ある()			
6	姿勢が悪く前かがみになっていることは	ない	ある()			
7	口呼吸をしていることは	ない	ある			
8	口はうまくとじれますか	はい	いいえ			
9	いつも口を開いていることが多い	いいえ	はい(常時・就寝時)			
10	舌を前に出すクセがある	いいえ	はい			
11	顔や顎がどちらかに曲がっている	いいえ	はい(右側・左側)			
12	どちらかの肩が下がっている	いいえ	はい(右側・左側)			

■日常の姿勢、クセ、就寝時の様子についてお聞きします

13	頬杖について読書している	いいえ	はい(常時・時々)			
14	読書の時、両手の上にあごを乗せて読んでいる	いいえ	はい(常時・時々)			
15	腕枕をしたり、またはお絵かきに夢中で頬を机に押しつけて描いていることがある	いいえ	はい(常時・時々)			
16	うつ伏せで頭をどちらかに向けて寝ている	いいえ	はい(常時・時々)			

■食事の様子についてお聞きします

17	食卓に飲み物があり、飲みながら食事をする	はい	いいえ			
18	食べるのが早い	はい	いいえ			
19	食べ物は左右どちらかで噛んでいる	いいえ	はい(右側・左側)			

■その他気になることがありましたらご記入ください

