



# くらたやま矯正歯科

(秘密厳守)

## 問診票 (こども用)

令和 年 月 日 記入

記入者：父・母・その他( )

この問診票は、矯正治療を開始するにあたって診断や治療方針をたてるための大切な資料となりますので、できるだけ詳しくお書きください。

<ご本人>

フリガナ お名前		男・女	生年月日	西暦	年	月	日
							( 歳)
ご住所	〒			電話番号			
				緊急連絡先 TEL			
学校名		(第 学年)	転居の可能性	なし・あり	いつ頃( )		
当院をどのようにして お知りになりましたか	<input type="checkbox"/> ご紹介 <input type="checkbox"/> 他院からのご紹介 <input type="checkbox"/> 電話帳を見て <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 近所(自宅/勤務先) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 建物を見て <input type="checkbox"/> その他( )						
ご紹介者があればお書きください		ご関係：家族・友人・その他( )		お名前		様	
通院しやすい日時	曜日：		時間帯：				

<保護者>

お名前(保護者)		続柄		職業	
ご住所	〒			電話番号	( )
				勤務先	

※ 治療上、こちらから連絡させて頂く場合がございます。その際、ご記入頂いているご自宅および携帯電話に連絡させて頂きます。もし、連絡をご希望されないお電話番号がございましたら、受付までお申し出ください。

※ 郵便物をご自宅に郵送させて頂く場合がございます。郵送をご希望されない場合は、受付までお申し出ください。

以下の設問の当てはまるものにチェック☑を入れ、該当する欄にご記入ください。

### 歯ならびについて

① お子様の口元、および歯ならびが気になりますか？

非常に気になる 少し気になる 分からない あまり気にならない 全く気にならない

② 歯ならびのどこが気になりますか？

歯ならびがデコボコしている 上の歯が出ている(出っ歯) 下の歯が出ている(受け口)  
横顔(口元が出ている) 噛んだとき上と下の歯が噛み合わない 笑ったときの歯ぐきの見え方  
歯と歯の間にすき間がある(すきっ歯) その他( )

③ 歯ならびが気になりだしたきっかけは何ですか？

- 本人の顔立ちを見て     本人の写真を見て     いつも口が開いているので  
 学校検診で指摘されて     家族に指摘されて     友達に指摘されて     歯科医院で指摘されて  
 食べ方がおかしいので     歯みがきをするのが難しいので     雑誌やテレビを見て  
 その他( )

④ いつ頃歯ならびが悪いことに気がつきましたか？

- 乳歯の頃     永久歯に生えかわる頃     永久歯になった後     学校歯科医に指摘されて  
 歯科医院で指摘されて     その他( )

⑤ 気づいたところと比べて、現在の状態は次のうちどれですか。

- 特に変化はない     ゆっくりと悪くなってきた     急に悪くなってきた     よく分からない

⑥ 矯正治療で不安を感じるのはどのようなことですか？

- 治療中の痛み     矯正装置の見た目     歯ならびが改善するかどうか     永久歯を抜く可能性  
 費用が高額     費用の支払い方法     治療方法     治療期間がどれくらいかかるか  
 歯科医師の人柄     歯科医師の技術     医院の雰囲気     スタッフの人柄  
 長期間子どもが通院できるかどうか     子どもを通院させる手間  
 その他( )

⑦ ご本人は歯列矯正をすることに積極的ですか？     はい     いいえ

⑧ 他院にて矯正治療についてご相談されたことがありますか？

- いいえ     はい    いつ頃( )    歯科医院名( )

⑨ 矯正治療の経験はありますか？

- いいえ     はい(    歳頃 ~    歳頃 )    歯科医院名( )

⑩ ご家族はどのような歯ならびですか？（遺伝的な要素を知る関係で大切な情報になります）

歯並びの記入例 → 良い・出っ歯・受け口・前歯がデコボコ・前歯が噛み合わない

続柄	年齢	歯並び	職業・学校名	続柄	年齢	歯並び	職業・学校名

⑪ ご家族・ご親族に矯正治療をされた方はいらっしゃいますか。

いらっしゃる場合は続柄（祖父母、叔父、叔母、従兄弟まで含む）とわかる範囲で内容をお書き下さい。

- 【続柄 :         】歯ならび:                                 : 歯科医院名( )  
 【続柄 :         】歯ならび:                                 : 歯科医院名( )  
 【続柄 :         】歯ならび:                                 : 歯科医院名( )

## 健康状態について

- ⑫ 現在、医師の治療をうけられていますか？ いいえ はい 病名 \_\_\_\_\_
- ⑬ 過去に比較的大きな病気をしたことがありますか？ いいえ はい 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_
- ⑭ 以前、鼻疾患がありましたか？ いいえ はい 病名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_
- ⑮ 現在、鼻・咽頭について、あてはまることはありますか？  
鼻がよくつまる 扁桃腺がよく腫れる よく口で息をする いびきをかく事が多い  
治療中 病名 \_\_\_\_\_ 特になし その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑯ 現在、常用しているお薬はありますか？ いいえ はい 薬品名 \_\_\_\_\_
- ⑰ 薬や食品、金属に対してアレルギーはありますか？ いいえ はい  
薬: \_\_\_\_\_ 食品: \_\_\_\_\_ 金属: \_\_\_\_\_
- ⑱ あごについて  
あごや歯を強く打ってケガをしたことがある 睡眠中、歯ぎしりをよくする  
あごの関節の音がすることがある あごの関節が痛むことがある  
大きく口を開けられないことがある 昼間、よく歯をくいしばっている  
特になし その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑲ 歯ならびに関係する次のクセがありましたか？あればその年齢をご記入下さい。  
・指しゃぶり いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 才頃 ~ \_\_\_\_\_ 才頃 ) 現在もある  
・唇を噛む いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 才頃 ~ \_\_\_\_\_ 才頃 ) 現在もある  
・爪を噛む いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 才頃 ~ \_\_\_\_\_ 才頃 ) 現在もある  
・ほおづえをつく いいえ はい ( \_\_\_\_\_ 才頃 ~ \_\_\_\_\_ 才頃 ) 現在もある  
・寝るときは特定の姿勢で寝る いいえ はい それは、どんな姿勢ですか ( \_\_\_\_\_ )
- ⑳ その他、ご質問・ご要望がありましたらお書きください。

ご記入いただく項目は以上です。ありがとうございました。



くらたやま矯正歯科

kuratayama orthodontic clinic