スマイル矯正歯科　問診票

矯正のご相談にさいして、先にうかがっておきたいことがあります。全部で 4 ページ分ありますので、個人情報保護の観点からお差し支えのない範囲で、可能なかぎり詳細に記入してください。

1. 歯並びやかみ合わせに関連して、一番気になっているのはどういう部分ですか。具体的に教えてください。
   言葉で表現しにくいときは絵でもかまいません。

□　よくわからない

2. 気になる部分をどんなふうに治したいと思っていますか。ご自身の考えではどうでしょう。

□　よくわからない

3. そのほかにも歯やおくち周辺、顔つきなどについて気になることがあったら教えてください。

4. 歯並びを気にされるようになったのはどういうきっかけですか。
   (1) 自分で気づいた（時期：　　）
   (2) 家族・友人に指摘された（どなたに：　　）
   (3) 歯科医院・集団健診で指摘された（場所：　　）
   (4) その他（具合的に：　　）
   (5) 自分では気にしていない

5. 歯並びを治すことにご本人の気はすすんでいますか。　（　はい　・　いいえ　）

6. 当院のことをどういうきっかけでお知りになりましたか。
   (1) 歯科医院からのご紹介（医院名：　　）　(2) 通りがかりに看板を見て
   (3) 当院で現在又は以前治療を受けている方からのご紹介（お名前：　　さま）
   (4) 広告（電話帳・屋外の看板・雑誌・ほか（　　））
   (5) インターネット（当院ＨＰ・歯科紹介サイト（名前：　　））
   検索サイト（名前：　　）

7. 治療期間 (平均 2〜3 年)、3〜4 週おきに通院することは可能ですか。(　はい　・　少し難しい　・　難しい　)

8.　今回ご相談にあたって、どういうことが気になりますか。該当する箇所に☑をつけてください。（複数可）

☐ 自分の歯並びが本当に美しい歯並びになるか不安
☐ どこで矯正治療を始めてよいかわからない
☐ 矯正治療が自分にとって最善の選択かどうかわからない（審美歯科治療との違いなど）
☐ 矯正装置を装着すること自体に抵抗がある
☐ 器具を口のなかにつけることの影響が心配
☐ 治療に抜歯は必要か不安
☐ 治療中の痛みがあるか心配
☐ 料金が最終的にいくらになるか不安
☐ カード払いや分割がどこまで可能か知りたい
☐ 通院が学校や仕事の負担にならないか心配
☐ 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安
☐ 年齢的に治療に不安がある
☐ 治療を始めてからの周囲（職場や学校）の反応が心配
☐ どのくらいの治療期間がかかるか心配
☐ その他

9.　遠方へ引っ越しのご予定はありますか。　（　いいえ　・　はい　）

【以下は医学的な面からのご質問となります】

10.　ご家族のかたの歯並びの状態を押してください。
（記入例：非常によい・普通・少し出っ歯・受け口・乱杭歯・八重歯・・・など）

続柄	性別	年齢	歯並びの状態	続柄	性別	年齢	歯並びの状態
父							
母							

11.　いまの歯並びに気がついたのはいつごろですか。（　　歳ごろ）

12.　だんだん悪くなりましたか。急に悪くなりましたか。
（　だんだん悪くなった　・　急に悪くなった　）　悪くなってきた時期（　　ごろ）

13.　乳歯のときは虫歯が多かったですか。　（　いいえ　・　はい　）

14.　毎日定期的に飲まれているお薬がありますか。
（　なし　・　あり　）　ありと答えた方（お薬名：　　）

15.　心療内科等の通院歴はありますか。　（　いいえ　・　はい　）

16.　これまでに入院や長期の通院を必要とするような外傷やご病気をされたことがありますか。（　なし　・　あり　）

17.　アレルギー（金属・ゴム・食品など）や使ってはいけない薬などはありますか。
（　なし　・　あり　（種類：　　））

18. 以下のようなくせはありませんか。該当するものに〇をつけてください。(複数可)

指しゃぶり　・　舌や唇をかむ、吸う　・　毛布や衣服を吸う　・　爪や鉛筆などをかじる
ほおづえをつく　・　寝ている間の歯ぎしり、くいしばり　・　その他

19. 扁桃腺がよく腫れますか。　(　いいえ　・　はい　・　手術したことがある　)

20. 鼻がよくつまりますか。　(　いいえ　・　はい　)

21. 抜歯（乳歯・永久歯）の経験がありますか。　(　いいえ　・　はい　)
その時に何か問題がありましたか。　(　いいえ　・　はい　)

22. 歯科用の口腔内麻酔の経験はありますか。　(　いいえ　・　はい　)
その時に何か問題がありましたか。　(　いいえ　・　はい　)

23. ふだん口を開けていることが多いですか　(　いいえ　・　はい　)

24. 睡眠中のいびきが激しいと言われたことはありますか。　(　いいえ　・　はい　)

25. 寝ている間はよく口を開けていますか。　(　いいえ　・　はい　)

26. ふだん口で呼吸をするくせはありますか。　(　いいえ　・　はい　)

27. とくに発音しづらい音はありますか。(サ行、タ行など)
(　いいえ　・　はい　(　　))

28. 口を開けたり閉じたりするときに、耳の中で「ぽきっ」「ぶつぶつ」といった音はしますか。
(　なし　・　両側　・　右側　・　左側　)

29. 以下の場所に痛みを感じたことがありますか。または現在痛みはありますか。
(　耳の穴の前　・　あご　・　頭　・　首　・　舌　・　頬　)　(　現在痛みなし　・　痛みあり　)

30. 口が開けにくいことや、あごが疲れたと感じことはありませんか。　(　いいえ　・　はい　)

31. 最近歯科治療を受けましたか。　(　いいえ　・　はい　(時期：　　))

32. バイオリン・吹奏楽などの演奏をよくしますか。　(　いいえ　・　はい　(種類：　　))

33. スポーツ・運動をよくしますか。　(　いいえ　・　はい　(種類：　　))

34. 生後満 1 歳ぐらいまでの間に重い病気や栄養不良をおこしたことはありますか。　(　いいえ　・　はい　)

35.　きょうだいと本人の発育状態におおきな違いはありますか。　（　いいえ　・　はい　）

36.　女性のかたへ、生理が始まったのはいつごろですか。　（　　歳　　か月ごろ）

37.　学校へ行っているかたへ、身長はクラスの中でどのくらいですか。
（　低いほう　・　平均ぐらい　・　高いほう　）

身長と体重を教えてください。　（　身長＿＿＿＿cm　体重＿＿＿＿kg　）

父母の身長を教えてください。　（　父：身長＿＿＿＿cm　母：身長＿＿＿＿cm　）

38.　現在お使いのハミガキ粉の商品名を教えてください。　（　　）

39.　大人の方へ、喫煙の習慣はありますか。　（　いいえ　・　はい（　　本／日）　）

40.　現在・過去において舌下免疫療法を行っていますか。（　いいえ　・　はい　）

ありがとうございました。診療を行う際に何かご要望があればお書き下さい。