

# 矯正歯科治療問診表

問-矯-⑤

ふりがな	
お名前	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日 ( 才 )
ご住所	〒
ご連絡先	携帯番号 ----- 自宅電話番号
ご勤務先	
ご紹介者	様 ( ご家族様 ・ 勤務先知人 ・ 友人 ・ 医師 )

この問診表は、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、できるだけ詳しくご記入ください。

- クリア歯科で治療を受けられたことはございますか。受けられたクリニックにチェックを付けてください。  
いいえ はい → 東京院 新宿院 新宿モリス院 名古屋院 神戸院 滋賀石山院 京都院 なんば院 大阪院
- 定期的に歯科医院でクリーニングを行っていますか。また最後にクリーニングを受けられたのはいつですか。  
いいえ はい → ( 年 月 日 )
- ご希望の曜日・時間 ( 曜日 ) ( 午前 ・ 午後 時頃 )
- 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。具体的にお教えてください。  
よくわからない
- 気になる部分をどのように治したいと思っていますか。  
よくわからない
- 希望のプランはありますか。(✓をつけてください。)  
メタルブラケット クリアブラケット リンガルブラケット ハーフクリア ハーフリンガル ソーシャル6  
マウスピース矯正 よくわからない 理由:( )
- その他、歯やおくちの周辺、顔つきなど気になることがあればお教えてください。
- 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。あてはまるものに✓をつけてください。(複数可)  
自分の顔立ちを見て 自分の写真を見て いつも口が開いているので 歯科医院、集団検診で指摘された  
家族・友人に指摘された(どなたに: ) 食べ方がおかしいので 歯磨きするのが難しいので  
雑誌やテレビを見て 自分では気にしていない その他(具体的に: )
- 遠方への引っ越しのご予定はありますか。  
いいえ はい → (いつ: どちらに: どのぐらい: )
- 結婚式のご予定はありますか。  
いいえ はい → (いつ: )
- いつ頃歯並びが悪いことに気がきましたか。あてはまるものに✓をつけて下さい。  
乳歯の頃 永久歯に生えかわる頃 永久歯になった後( 歳ごろ)
- 上記の気づいたことと比べて、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
- 乳歯の頃、虫歯が多かったですか。  
いいえ はい

(裏面に続く→)

14. 歯を強くぶつけた事がありますか。

いいえ はい

15. 歯を抜いたことがありますか。

いいえ はい → ( ) 年前 ( ) カ月前

16. その時何か異常はありましたか。 (歯を抜いたことがある方へ)

いいえ  
はい → 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た その他( )

17. 歯の治療で麻酔をしたことがありますか。

いいえ はい

18. その時何か異常はありましたか。 (麻酔をしたことがある方へ)

いいえ はい → (症状 )

19. あごの関節に音がすることや、違和感もしくは痛むことがありますか。

いいえ はい

20. アレルギー(金属・ゴム・食品・薬など)がありますか、もしくはアレルギーのご心配はありますか。

いいえ はい → (種類: )

21. 現在及び過去にかかった病気はありますか。

いいえ 心臓 肝炎(A・B・C) 腎臓 貧血症 高血圧 低血圧 糖尿 骨粗しょう症  
血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍 喘息 脳卒中 認知症 HIV  
その他( )

22. 現在飲んでいる薬はありますか。

いいえ はい → (病名: 薬品名: )

23. 現在または過去に骨粗しょう症の薬(ビスフォスフォネート系)を飲んでいますか。

いいえ はい

24. 過去に美容整形(顎)を受診されたことはありますか。もしくは受診する予定はありますか。

いいえ はい → (いつ: )

25. 歯並びに関係するつぎのクセがありましたか。あればその年齢をご記入ください。

・指しゃぶり いいえ はい( 歳頃～ 歳頃)  
 ・口で息をする いいえ はい( 歳頃～ 歳頃)  
 ・舌や唇をかむ、吸う いいえ はい( 歳頃～ 歳頃)  
 ・ほおづえをつく いいえ はい( 歳頃～ 歳頃)  
 ・歯ぎしり、くいしばり いいえ はい( 歳頃～ 歳頃)

26. ご家族のかたの歯並びの状態を教えてください。

(記入例: 普通・出っ歯・受け口・前歯がデコボコ・八重歯・前歯が咬み合わない等)

続柄	年齢	歯並びの状態	続柄	年齢	歯並びの状態

27. 矯正治療でということが気になりますか。あてはまるものに✓をつけてください。(複数可)

歯並びが改善するか 治療に抜歯が必要か 治療中の痛み 費用の支払い方法 矯正装置の見た目  
治療期間 年長的に治療に不安がある 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安

【女性の方へご質問いたします】

28. 現在、妊娠していますか。

いいえ はい ( カ月 )  
わからない 《治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい》

29. 現在、授乳中ですか。

いいえ はい