



矯正治療相談 問診票

- 矯正に関心を持つきっかけは？今の歯並びに気づいたのはいつ頃ですか
乳歯の頃から 乳歯から永久歯に交換する頃から 全部永久歯に
そろってから 最近だんだん悪くなってきた 他人に指摘された
通院先の先生に指摘された 検診で指摘された 自分で調べた
- 本人は歯並びをきにしていますか？ はい いいえ
- 本人は歯並びを治すことに気が進んでいますか？はい いいえ
()
- 身近に矯正治療経験者はいますか？ はい いいえ
はい→どなたですか？ ()
- 治療に対して不安や恐怖はありますか？ はい 少し いいえ
はい→どんなことに不安ですか？
矯正治療の痛み 矯正治療にかかる費用 矯正装置の支払い方法
開始のタイミング 治療期間 どこまで綺麗になれるか？
永久歯を抜くのか？ 治療中のむし歯 装置が目立たないか？
治療が難しくないか？ 全身への影響はないか？ 年齢的に不安
ストレスにならないか？ 日常の生活や社会生活に影響しないか？
その他 ()
- 乳歯のとき、むし歯が多かったか？ はい いいえ
- 乳歯から永久歯の生え変わりは順調でしたか？はい いいえ
- アレルギーは（特に金属、ゴム、花粉） はい いいえ
- 歯や口腔周囲を強打したことはありますか？ はい いいえ
- 歯磨きがしにくいと感じている はい いいえ
- 以下の癖はありますか？もしくはありましたか？
指しゃぶり 唇を吸う、咬む 爪をかむ 口で息をする
頬づえをよくつく 横向き寝 うつぶせ寝 歯ぎしりする
姿勢が悪い 猫背 片側で咬む
- 扁桃がはれやすい はい いいえ
- 鼻がつまりやすい はい いいえ
- いびきがひどい はい いいえ

- 発音がよくない、舌たらずである はい いいえ
- 口を開けると顎がカクカク音がする はい いいえ
- 開閉口するとき痛みがある はい いいえ
- 咬みにくいところがあるか？ はい いいえ
- バイオリンや管楽器の演奏をしている はい いいえ

●その他歯並びにかぎらず治療に参考になりそうなことがありましたら
お書きください。

●通院をするうえで参考となることをさしつかえない程度に
お知らせください。

通院方法：

通院時間：

通院可能な曜日 日 月 火 水 木 金 土

および時間帯 ()

E-メールもしくはFAXでの予約連絡手段があれば使用したいですか

はい いいえ