

矯正予診表

お名前	生年月日	昭和 平成	年	月	日 (満 歳	ヶ月)
住所 〒						電話

■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？	ある	ない	
2	矯正の費用は一般的にいくら位かご存知ですか？	はい	いいえ	
3	どこの部分が一番気になっていますか？	上の前歯	下の前歯	上下の前歯
		受け口	出っ歯	乱ぐい歯
		八重歯	その他 ()	
4	家族で同様な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	口はうまく閉じられますか	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	舌を前に出す癖がある	いいえ	はい
11	顔やあご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、くせ、就寝時の様子についてお聞きします。

13	頬づえをついて読書をしている	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	腕まくらをしたり、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 (右側・左側)

■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	食べるのは早いほうですか	はい	いいえ
19	食べ物は左右どちらか片側で噛んでいる	いいえ	はい (右側・左側)

■その他気になる事がありましたらご記入下さい。



あごの動きについておたずねします

(矯正治療の参考にしますので子供の場合は保護者に確かめながら記入します)

氏名 _____ 歳 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 記入者 _____

1. 口を大きく開けたり閉じたり、あごを横に動かすときに音(ポキポキ、カクカク、シャリシャリなど)がしますか?
 ある 前にあった ない
 () () ()



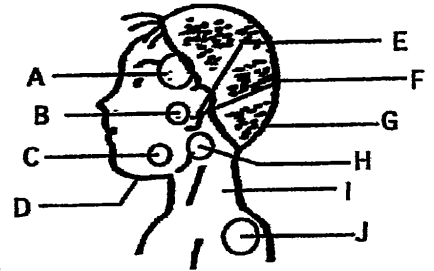
2. 口を開けたり閉じたり、あごを動かしたときに痛みやひっかかりがありますか?
 ある 前にあった ない
 () () ()



3. 口を開けたとき、何本たてに指が入りますか?
 1本 2本 3本 4本



4. 押すとどこ部分が傷みますか?
 (○をつけて下さい)



5. 頭が痛い、耳鳴り、耳のあたりに痛みがある、聞こえにくいことがありますか?
 ある 前にあった ない
 () () ()

6. 顔やあごがどちらかにまがっていますか?



(右側・左側)

7. ものを食べるときはどちら側で主にかみますか?
 (右側・左側・両方)

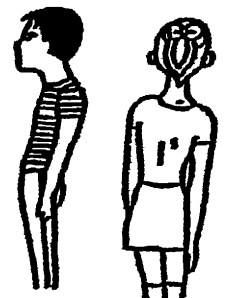
8. 夜ねているときに歯ぎしりをしたり、歯をくいしばることがありますか?



- ある 前にあった ない
 () () ()

9. 顔やあごを強く打ったり、顔やあごにけがをしたことがありますか?
 ある 前にあった ない
 () () ()

10. 姿勢がわるく、前かがみになったり、どちらかの肩がさがっていますか?



前かがみに (なる・ならない)
 肩がさがっている (右・左)

11. 今までにあごの痛みや音などで顎関節症の治療を受けたことがありますか?

(ある・ない)

村田歯科クリニック 03-3429-7417

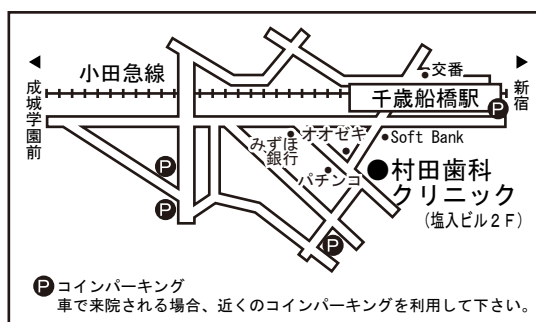
〒156-0054 東京都世田谷区桜丘2-29-7 塩入ビル2F

診療時間 / 平日 10:00~13:00 14:30~20:00
 土曜日 10:00~13:00 14:30~17:00

休診日 / 日曜、祝日

最寄駅 / 小田急線千歳船橋駅下車1分

駐車場 / なし



コインパーキング
 車で来院される場合、近くのコインパーキングを利用して下さい。

(PAT. 出願中)