

矯正歯科相談申込み・調査用紙

ふりがな	()	生 年 月 日		年齢
氏名		西暦 年 月 日		歳 加月
住所	〒 - 電話	兄弟・ 姉妹の 有無	兄 歳 ・ 弟 歳 姉 歳 ・ 妹 歳	
学校名 または 勤務先		紹介者		
		メール アドレス		
通院 方法	徒歩・自家用車・バス・電車 で 時間 分	かかりつけまたは 近くの歯科医院		
ふりがな 保護者 氏名	()	転勤の 有無	無し・あり (年毎)	
職業または 勤務先		緊急の 連絡先	電話 携帯電話	

2. 当院を紹介された方、あるいは知った方法は？

- 1 自分または家族が見付けた（電話帳・看板・バスのアナウンス・ホームページ）
- 2 当院で治療を受けた患者さんに紹介された（ ）さん）
- 3 歯科医師に紹介された（ ）先生）
- 4 その他（ ）

3. 主訴

- 歯ならびについて気にしていることは、どのようなことですか？（たとえば上の歯のデコボコ）
- ☐ 出っ歯・☐ 受け口・☐ 歯のデコボコ・☐ 八重歯・☐ すきっ歯・☐ 口元の外観・☐ 発音しにくい
- ☐ ものが咬みにくい・☐ 歯並びが悪いと虫歯になりやすいこと・☐ 歯並びが悪いと歯が長持ちしないこと

- どのように直してほしいと思っていますか？ 例「前歯がいまより引っ込んで欲しい」
- など具体的に書いてください。

4. いまの歯ならびに気付いたのはいつですか？（○印をつけて下さい）

- A. 乳歯の時
- B. 乳歯が抜けて生えかわる時
- C. 全部永久歯に生えかわってから
- D . だんだん悪くなった
- E. 急に悪くなった
- F. 他の人（ ）からいわれて気がついた

5. 矯正歯科治療に対する気持ち

- 歯並びが悪いのを気にしているのはどなたですか？
1. 本人
2. 本人と家族（父、母、その他 ）
3. 家族のみ（父、母、その他 ）
4. 歯科医師に言われて
5. 学校検診で言われて

- 歯並びを治す事に本人の気が進んでいますか？
1. 絶対したい
2. あまりしたくないが必要ならしなければいけないと思っている
3. 年齢的に本人はよく分からないが、親がしてあげたいと思っている
4. 迷っている
5. 装置を付けたくない
6. 痛そうでいや
7. 絶対したくない

- 本人の性格は？（○印をつけて下さい）
- 1 外向的で活発
2. ふつう
3. 内向的
4. 神経質
5. 短気
6. 約束事は守る
7. まじめ
8. いい加減なところがある
9. 我慢強い

6. 既往症

- A. 妊娠中あるいは出産時に異常はありませんでしたか？（ない、ある： ）
- B. 出産後今までにかかった大きな病気は（ない、ある： ）
- C. 体質の異常や食物、薬のアレルギーは（ない、ある： ）
- D. ケガをしたとき、血の止まりが悪かったことはありませんか？（ない、ある）
- E. 血圧や心臓の異常、肝臓の病気（肝炎など）はありませんか？（ない、ある）
- F. ご兄弟 / ご姉妹で身体の発育状態に差はありますか？（ない、ある）

7. ご本人 とご両親の身長は、現在どのくらいありますか、大体で結構です

ご本人 cm . 父 cm . 母 cm

8. 思春期性徴

- 女子 初潮はいつ頃でしたか？ 年 月頃 . まだ
- 男子 声変わりはいつ頃でしたか？ 年 月頃 . まだ