

矯正歯科問診票

記入日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

お名前 : _____

生年月日 : _____

▼来院の動機を具体的に書いてください。(どこをどのように治したいかも含めてください。)

今までに矯正歯科治療の相談をしたことがありますか はい いいえ

今までに矯正歯科治療を受けたことがありますか はい いいえ

最近歯科治療を受けましたか はい いいえ

ご家族の歯並びはよいですか (祖父母・ご両親・ご兄弟) はい いいえ

今までに顔や口、歯を強く打ったことはありますか はい いいえ

顔が曲がっていると感じますか はい いいえ

それはどちら側ですか 右 ・ 左

あごの関節が痛いですか はい いいえ

鼻がよく詰まりますか はい いいえ

いつも口を開けていますか はい いいえ

いびきをかきますか はい いいえ

夜ねむっている時、口をあいていますか はい いいえ

指をしゃぶる癖はありませんか あり なし

舌や唇または衣類などをかむ癖はありませんか あり なし

口で呼吸する癖はありませんか あり なし

記入日 : 年 月 日	男・女	歳	身長 cm
ふりがな			体重 Kg・g
お名前 : 様	ご職業		
生年月日 : 年 月 日			
スタッフ記載欄	血压 mmHg	脈拍 回/分	体温 °C O ₂ SAT %

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

なし あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気はありますか？

- なし
- がん (歳) 喘息 (歳) 高血圧 (歳)
- 糖尿病 (歳) 心臓病 (歳) 肝臓病 (歳)
- 腎臓病 (歳) 脳卒中 (歳) 結核 (歳)
- その他(病名:) (歳)
- 手術 (病名/手術名:) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

- なし
- がん (続柄:) 喘息 (続柄:) 高血圧 (続柄:)
- 糖尿病 (続柄:) 心臓病 (続柄:)
- 腎臓病 (続柄:) 脳卒中 (続柄:)
- その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

- ① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ なし あり
- ② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？
- なし あり ⇒ 抗生物質(薬品名:) 造影剤 麻酔薬
- その他()
- ③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬:ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

いいえ はい ⇒ 薬品名()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

- ① お酒は飲みますか？
- 飲まない 時々飲む ⇒ ()を()杯/合/mL 週()日
- 毎日飲む ⇒ ()を()杯/合/mL
- ② タバコは吸いますか？
- 吸わない 吸う ⇒ 1日に()本 ()歳~
- 今は吸わない ⇒ ()~()歳まで 1日に()本()年間

お名前 : _____ 様
生年月日 : M/T/S/H/R/西暦 年 月 日

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

いいえ はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 わからない

▼アレルギーについてお聞きします。

① 食物でアレルギーはありますか？

なし あり ⇒ どんな食物ですか？ ()

② その他、アレルギーはありますか？

なし
花粉症 ハウスダスト 金属 ラテックス その他 ()

▼せきは出ていますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ いいえ はい

② 2週間以上、せきが続いていますか？ いいえ はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

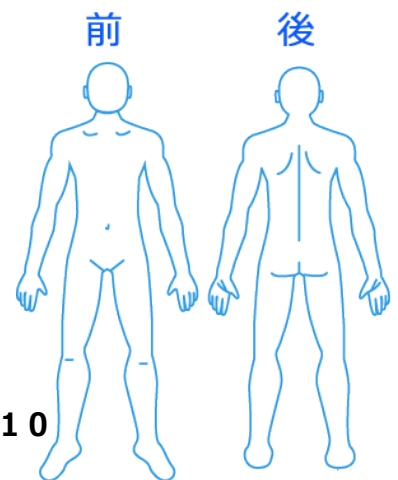
① 痛い場所はどこですか？

右図の該当する部位に○をつけてください。

② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？

該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

食事量の変化なし 食事量がおよそ2/3に減った 食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

体重の減少に変化なし 1 kg～3 kgの体重の減少あり 3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつ頃ですか？ () ヶ月前

② どのように転びましたか？

ふらついた つまずいた 足がもつれた
その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

なし あり

→「あり」を選択された方にお聞きします。

① いつですか() ～ ()

② どこへいきましたか ()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

はい いいえ わからない 授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

本人 家族：お名前 () (続柄：)

その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

はい 悪い結果なら知りたくない その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？

いいえ はい→受診時期 () 月頃 / 指導事項 なし あり