

記入日  
(西暦): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

矯正歯科

お名前 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

## 矯正歯科問診票

▼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

# 外来共通問診票

フリガナ お名前	様	男・女	歳	身長 体重	cm Kg・g
生年月日： 年 月 日	ご職業：				
スタッフ記載欄	血圧 mmHg	脈拍 回/分	体温 ℃	O2SAT	%

## ▼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： )

## ▼かかりつけの歯科医がありますか？

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、現在治療中の病気がありますか？

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 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

▼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、せきが続けていますか？ いいえ はい

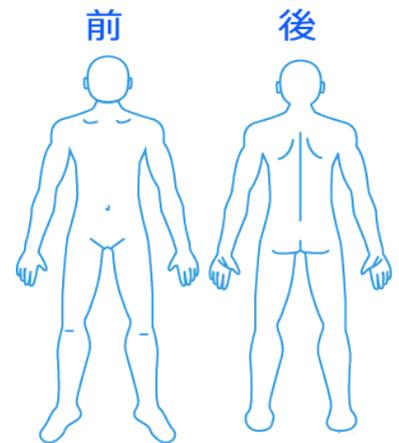
▼痛みについてお聞きます。からだの中で痛いところがありますか？

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、食事が減りましたか？

食事量の変化なし 食事量がおおよそ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 1kg~3kgの体重の減少あり 3kg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ます。

①いつ頃ですか？ ( ) ヶ月前

②どのように転びましたか？

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健診に限る)を受診しましたか？

いいえ はい→受診時期 ( 月頃) / 指摘事項 なし あり ( )