



# 矯正治療調査事項

出来るだけ正確にご記入ください  
ご不明な点がございましたら、お気軽にお声掛けください

ふりがな

ご氏名..... 男・女 明・太・昭・平..... 年 月 日生..... 才

ご住所〒..... TEL (.....)

ご勤務先(学校名)..... 携帯..... (.....)

ご出生地..... 主な生育地.....

◆ どこが気になりますか？またはどこを治したいですか？

◆ 家族の歯並びについて（咬み合わせ）

ご本人のところに○をつけ、分かる範囲内で結構ですのご本人、ご家族、ご親族の歯並びをご記入ください。歯並びに関しては、以下の記号をお使いください。

- |                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| A, 非常に良い歯並び        | F, 上下の歯が深く咬みこむ（過蓋咬合） |
| B, 普通の歯並び          | G, 上下の歯がでこぼこ         |
| C, 出っ歯             | H, 八重歯               |
| D, 受け口（反対咬合）       | I, 歯の間に隙間がある         |
| E, 上下の歯が咬みあわない（開咬） | J, 上下の歯が突合せになっている    |

続柄	性別 (Mor F)	年齢	歯並び		続柄	性別 (Mor F)	年齢	歯並び
父					父方祖父			
母					祖母			
第一子					母方祖父			
第二子					祖母			
第三子								

◆ 発育・健康状態

それぞれに該当する口に印をつけてください。

- 1) 出産時本人は生まれつきの斜頸、その他の異常をありましたか？ある（病名.....）なし
- 2) 妊娠中または授乳中、母親が通院するような病気、事故にあった事がありますか？  
ある（病名.....）なし

◆ □・鼻・喉・耳の病気

次のようなことがありましたら、該当する口に印を付けてください。

- 乳歯の時に虫歯が多かった  鼻がよくつまる  扁桃腺がよく腫れる  中耳炎になりやすい
- アゴ、口、歯を強くぶつけたことがある（いつ.....才.....ヶ月.....どこを.....）

裏面の記入もお願いします→

◆ 今までに大きな病気になられたことは？ 無・有 病名 \_\_\_\_\_ 歳

◆ 今までに次の手術を受けたことはありますか？

扁桃腺摘出手術 ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ)

アデノイド摘出手術 ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ)

その他、アゴに関連した手術 ( \_\_\_\_\_ 歳ごろ)

◆ 今、他のお医者様にかかっていますか？ 無・有 病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

◆ 今、お薬を飲んでいますか？ 無・有 薬名 \_\_\_\_\_

◆ 特異体質やアレルギーはありますか？ 無・有 \_\_\_\_\_

◆ ご家族に肝臓疾患の方はいますか？ いいえ・はい (B型・C型・その他)

◆ 不正咬合と関連のある癖について

次のような癖がありましたら、該当する口に印を付けてください。

さらに、癖が現れるとき・現れ方についても、次の記号を用いてご記入ください。

現れ方 A：絶えず B：時々 C：寝ているとき

現れ方

指をしゃぶる ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

舌を噛む ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

唇を噛む ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

口を開けたまま ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

頬杖をつく ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

爪を噛む ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

歯ぎしり ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

舌を出す ( ) ( \_\_\_\_\_ 歳頃～ \_\_\_\_\_ 歳頃・現在も)

◆ 歯並び・咬みあわせが悪くなったのはいつ頃ですか？該当する口に印を付けてください。

乳歯のときから  乳歯が永久歯に生え変わることから  永久歯になってから

校医や他人から指摘されて気がついた  いつ頃からは不明

◆ 歯磨きの習慣について  朝昼晩3回歯磨きする  朝と晩のみ  晩のみ  歯磨きを忘れる

◆ タバコを吸いますか？ いいえ・はい (1日 本)

◆ 現在妊娠中ですか？(女性) いいえ・はい ( 月)

◆ 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)

インターネット  知人・紹介 ( \_\_\_\_\_ 様)  近所、建物を見て  電柱広告  その他

◆ 今後の矯正治療について

1) 歯並び・咬みあわせが悪いところをご本人は気にしていますか？  はい  いいえ

2) 歯並びを治すことについて、本人は気が進んでいますか？  はい  いいえ

3) 装置が歯の表面につくことは、仕事等に支障はないですか？  はい  いいえ

4) 抜歯について  絶対抜きたくない  必要があれば、抜歯してもよい  要相談したい

5) 転居・転勤の可能性はありますか？  ある (いつ \_\_\_\_\_ どこへ \_\_\_\_\_)  なし

6) 治療・装置に関して聞いておきたいこと等、ご自由にお書きください。

ありがとうございました。

