

# 問診票

年 月 日

ふりがな 氏名				男・女
生年月日	西暦	年 (S・H 年)	月 日	( 歳 カ月)
住所	〒 -			
電話番号	自宅 ( )	-	携帯 ( )	-
学校名または勤務先				
ふりがな 保護者 氏名				続柄 ( )

## ◆当院を知ったきっかけは？

- 知人からの紹介(お名前 )  歯科医院、大学病院からの紹介(お名前 )  
 ホームページ  広告・看板  メディア・掲載雑誌  通りすがり その他 ( )

## ◆当院以外に矯正の相談に行かれたことはありますか？ ◆治療することに積極的ですか？ (ご本人)

はい・いいえ はい・いいえ・どちらともいえない

## ◆現在気にされていることを以下よりすべてお選びください？

- 歯の凸凹  出っ歯  受け口  すきっ歯  前歯でものが咬めない(開咬)  咬み合わせが深い  
 口元が出ている  顎が曲がっている  口がよく開いている(口呼吸)  顎の痛み  
 その他 ( )

## ◆歯並びが気になり出したのはいつごろからですか？ ( 歳頃)

## ◆歯並びが気になり出したきっかけは？下記にチェックをお願いします。

- 歯科医院で指摘されて  学校検診で指摘されて  知人に指摘されて  本人が気にしていて  
 歯ブラシが難しい  雑誌やテレビでみて  保護者の歯並びが悪いため その他 ( )

## ◆ご家族で似たような歯並びの方はいますか？

いいえ・はい(続柄 )

## ◆ご家族の方で矯正治療経験者はいますか？

いいえ・はい(続柄 )

## ◆次のような病気にかかったことはありますか？

- 肝炎  喘息  心臓疾患  アトピー性皮膚炎  輸血の経験  
 その他大きな病気 ( )

## ◆アレルギーはありますか？ はい いいえ(下記にチェックをお願いします)

- 金属  お薬( )  ゴム  鼻炎  花粉症  食べ物 ( )  
 その他 ( )

## ◆現在飲まれているお薬はありますか？

いいえ・はい(薬品名 )

## ◆かかりつけの歯科医院はございますか？

いいえ・はい(医院名 )

## ◆何かスポーツや楽器などを部活、習い事ではしていますか？

( )

ご協力ありがとうございました。

ふかわ矯正歯科