

# お子様の矯正の問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 普段の呼び名 \_\_\_\_\_

歯医者に来るのは はじめて・以前ある ( \_\_\_\_\_ ) 年前

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 満 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月

身長 \_\_\_\_\_ cm (身長について 現在伸びている 落ち着いている) 体重 \_\_\_\_\_ kg 平熱 \_\_\_\_\_ 度

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

通院可能な曜日時間帯 月 火 木 金 土 ( \_\_\_\_\_ 時 ~ \_\_\_\_\_ 時)

お父さんのお名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

歯並び (いい・悪い) 虫歯 (多い・少ない・なし)

お母さんのお名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

歯並び (いい・悪い) 虫歯 (多い・少ない・なし)

当院をどのように知りましたか？

知り合いからの紹介 (紹介者 \_\_\_\_\_ )

看板を見て・近くだったから・HP を見て

インターネットの紹介サイトを見て

その他 ( \_\_\_\_\_ )

1、矯正の相談をした事は？

ない・ある

2、矯正の一般的な費用をご存知ですか？

はい・いいえ

3、どの部分が気になってますか？

上の歯・下の歯・上下の歯

受け口・出っ歯・乱ぐい歯

八重歯・その他 ( \_\_\_\_\_ )

4、家族で同様な歯並びの方はいますか？

いる・いない

5、薬のアレルギーはありますか？

ある・ない・飲んだ事がない

6、麻酔薬のアレルギーはありますか？

ある・ない・まだ経験がない

7、食べ物のアレルギーはありますか？

ある ( \_\_\_\_\_ ) ・ない

8、現在お子さんは他のお医者さんにかかっていますか？

病気 ( \_\_\_\_\_ )

医院名 ( \_\_\_\_\_ )

9、今まで大きな病気にかかった事がありますか？

病気 ( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ ) 歳ごろ

○お子様の発育状態についてお聞きします。

10、哺乳状態はどうでしたか？

母乳・人工乳・混合乳

11、哺乳は時間制でしたか？

時間制・自由

12、離乳開始時期はいつごろでしたか？

( ) か月

13、始めて歯が生えたのは？

早かった・遅かった

よく覚えてない

○次のような症状はありますか？

14、頭痛

ある・ない

15、鼻づまり

ある・ない

16、肩こり

ある・ない

17、指しゃぶり

ある・ない

18、唇を吸う

ある・ない

19、唇をかむ

ある・ない

20、爪を噛む

ある・ない

21、歯ぎしり

ある・ない

22、姿勢が悪く前かがみになる

ある・ない

23、口呼吸、いつもポカンと口をあいている

ある・ない

24、舌を前に出す癖がある

ある・ない

25、顔や顎がどちらかに曲がっている

ある・ない

26、どちらかの肩が下がっている

ある・ない

○寝ているときの質問です

27、寝ている時いつも口をあいている

ある・ない

28、寝入りが悪い、なかなか寝てくれない

ある・ない

29、寝起きが悪い、朝なかなか起きない

ある・ない

30、いびきをかく

ある・ない

31、毎日寝汗がすごい

ある・ない

32、おねしょが多い

ある・ない

33、うつぶせで寝ている

ある・ない

34、寝そうが悪い

悪い・悪くない

○日常の姿勢、くせについての質問です。

35、頬杖をついて読書したり物を書く

ある・ない

36、机に顔をおしつけながら読書したり物を書く

ある・ない

37、携帯ゲーム機を1日1時間以上している

している・していない

38、携帯を持っている

持っている・持っていない

39、携帯を1日1回は触ってる

触ってる・触っていない

40、食べるのは早い方だ

早い・遅い

41、いつも方側で噛んでいる

噛んでる・噛んでない

42、食卓に飲み物がいつもある

ある・ない