

調査用紙

初診No. _____

西暦 2002 年 月 日

1. 本人

ふりがな		生年月日
氏名		西暦 19 月 日生
住所	〒	TEL - - -
在学校名または勤務先		満 才 ヶ月
通院方法	徒歩・バス・自家用車・電車	通院時間 分位
転勤	有 無	

2. 家族の歯並びの状態（本人は○印をしてください。）

続柄	年齢	歯並び	身長	続柄	年齢	歯並び	身長

（歯並びの記入例：良い・普通・出っ歯・受け口・乱杭歯・八重歯など）

（ ）歯並びが悪いと歯ぐきの炎症にかかりやすい。

3. 本人の歯並びに気づいた時期

- | | |
|--------------------|--|
| （ ）乳歯のとき | （ ）良くなれない。 |
| （ ）乳歯から永久歯に生え変わるとき | （ ）よく発音できない。 |
| （ ）永久歯になってから | （ ）口元の外観が気になる。
（ ）口呼吸や指しゃぶりなどの悪習癖を止めさせたい。 |

4. 歯並びについての関心程度

本人が気にしてますか。（はい・いいえ）

本人が矯正を希望していますか。

（ ）積極的にしたいと思っている。

（ ）親に言われて仕方なく思っている。

（ ）嫌がっている。あまり気が進まない。

どの部分が一番気になりますか。

（ ）その他

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

[]

8. 矯正治療は、他の歯科治療に比較して、いろいろな点で異なります。各項目ごとに○印を記入してください。

	よく知っている。	だいたい知っている。	知らない。
治療期間が長い			
通院はほぼ月に一回である。			
歯を動かすときに痛みが出る場合がある。			
治療上、健康な歯でも抜く場合がある。			
永久歯の治療では歯に金属をつける。			
必要に応じて口の外で装置を使うことがある。			
治療中は得に歯をよく磨かなければならない。			
装置は決められたように使用しないと治療期間が長引いたりする。			
きれいな歯並びになった後も、それを維持するため装置を使用しなければならない。			

9. 全身の状態、発育について。

大きな病気をしたことがありますか。
(はい いいえ)

歯(乳歯でも)を抜いたことがありますか。
(はい いいえ)

あごが痛かったり、口が開けづらいことがありますか。
(はい いいえ)

頭、顎、口、歯などを強く打ったことがありますか。
(はい いいえ)

身長は伸びていますか。(はい いいえ)
女性の方のみお答えください。

初潮はきましたか。
(まだ いつごろ 才 ケ月ごろ)
乳歯のとき虫歯は多かったですか。
(はい いいえ)

乳歯は順調に生え変わりましたか。
(はい いいえ)

10. 鼻・咽頭について。

扁桃腺(よく腫れる・時々腫れる・腫れない)
扁桃腺をとりましたか。(はい いいえ)

鼻はよくつまりますか。(はい いいえ)
(どんな時)

昼間よく口を開けていますか。
(はい いいえ)

いびきをよくかきますか。
(はい いいえ)

口を開けて寝ていますか。
(はい いいえ)

喉に発音しにくい音がありますか。
(例えば)

11. 習癖について。
該当するものに○をおつけください。
乳首の常用・指しゃぶり・唇をかむ・舌を出す・布切れなどをかむ・頬杖をつく・口で息をする・つめを噛む・歯ぎしりをする。
上記の癖はいつまでありましたか。

現在もある・過去にあった(才頃まで)
どんな時に行われますか。

遊んでいるとき・勉強するとき・寝るとき・寂しいとき・悲しいとき
癖のあらわれ方
(たえず・しばしば・ときどき・まれに)