

問 診 表

記入日 : 20 年 月 日

この度は、私どものクリニックにご来院頂き、誠にありがとうございます。治療をされるされないにかかわらず、お話をさせて頂く上で必要な内容となりますので、全ての項目にご記入頂きますようお願い致します。

尚、記入項目に関しましては、プライベート厳守をお約束致します。

ご本人について

フリガナ 氏名 :	性別 : 男・女	生年月日 : 19 年 月 日	年齢 : 歳
住所 : 〒 -			
電話番号 : - - -	Fax 番号 : - - -	E-mail :	
勤務先 / 学校名 :	学年 :		
住所 : 〒 -			
電話番号 : - - -			

ご家族 (緊急連絡先) について

フリガナ 氏名 :	続柄 : 父・母・その他 ()	年齢 : 歳
住所 : 〒 -		
電話番号 : - - -	Fax 番号 : - - -	
勤務先 :	電話番号 : - - -	
住所 : 〒 -		

口腔内について

- ・乳歯は順調に生えましたか？ はい・いいえ
- ・乳歯の虫歯は多かったですか？ なし・少ない・普通・多い
- ・1日に歯を何回磨きますか？ 回
- ・最後に歯を抜かれたのはいつですか？ いつ頃 : _____ 麻酔 : 有・無 出血 : 有・無
- ・普段通う歯科医院名 : _____
- ・住所 : _____ 電話番号 : _____
- ・紹介してくれた歯科医院名又は紹介してくれた方の氏名 : _____
- ・住所 : _____ 電話番号 : _____
- ・矯正治療に関して相談されたい症状は何ですか？ 口顎ぼう 歯並び その他 _____
- ・治療に対してどう思われていますか？ 積極的・普通・消極的

治療について

- ・どのような矯正治療をご希望ですか？ 最高の状態までしっかり治療したい 見た目優先、かつできるだけ早く治療したい
- ・どのような矯正治療法をご希望ですか？ 舌側矯正(歯の裏側に装着するプレース) セラミックプレース(透明色)
メタルプレース 外科的矯正治療
- ・ご希望される治療の曜日と時間帯は？(当クリニックの診療日時に関係なくお書き下さい・複数回答可) 曜日 : _____ 曜日を希望 時間 : _____ を希望
- ・治療をされる際に重視されることは何ですか？(複数回答可) Dr. 治療費 治療法 治療期間 診療日時 プライベート空間
コミュニケーション その他 _____

ご家族の歯並びについて(該当する場所に を付けて下さい)

続柄(性別)	年齢	良い	普通	出ている	うけ口	乱ぐい
父						
母						
第1子()						
第2子()						

■顎について

- | | |
|------------------------------|--------|
| ・食事中に顎が痛みますか？ | はい・いいえ |
| ・厚いものを噛んだり、大きく口を開けた時に痛みますか？ | はい・いいえ |
| ・耳や耳の前が痛みますか？ | はい・いいえ |
| ・口を開けたり、閉じたりすると耳のあたりで音がしますか？ | はい・いいえ |
| ・就寝時に歯ぎしりをしますか？ | はい・いいえ |
| ・噛みしめ癖がありますか？ | はい・いいえ |
| ・噛みやすい側ばかりで物を噛みますか？ | はい・いいえ |
| ・朝起きた時に 顎のこわばりがある | はい・いいえ |
| 顎又は歯の痛みがある | はい・いいえ |
| 顎がガクガクいう感覚がある | はい・いいえ |
| 顎が引っ掛かって開かない時がある | はい・いいえ |
| 頭痛がする | はい・いいえ |

■鼻・のどについて

- | | |
|---------------------|--------|
| ・昼間や夜間、口で呼吸をしていますか？ | はい・いいえ |
| ・鼻がよくつまりますか？ | はい・いいえ |
| ・就寝時にいびきをかきますか？ | はい・いいえ |
| ・呼吸が止まることがありますか？ | はい・いいえ |

■習癖について

- | | |
|------------------|--------|
| ・指しゃぶりをしてしまいますか？ | はい・いいえ |
| ・爪を噛んでしまいますか？ | はい・いいえ |
| ・舌を噛んでしまいますか？ | はい・いいえ |
| ・その他にも習癖がありますか？ | はい・いいえ |

■全身について

- | | |
|--------------------------------|--------|
| ・首・肩・背中が痛くなったことがありますか？ | はい・いいえ |
| ・むち打ち症になったことがありますか？ | はい・いいえ |
| ・神経性胃炎になったことがありますか？ | はい・いいえ |
| ・関節炎にかかっていますか？ | はい・いいえ |
| ・現在医者にかかっていますか？
(はいと答えられた方) | はい・いいえ |

理由：_____ 医院名：_____

- | | |
|---|--------|
| ・特異体质など、その他に言っておきたいことがありますか？
(はいと答えられた方) | はい・いいえ |
|---|--------|

薬物：_____ アレルギー：_____ その他：_____

DIO 文野矯正歯科 03-3538-2113 (予約制)

東京都中央区銀座 4 丁目 3-10 MOTOKI N4 ビル 3F

診療時間 / 11:00 ~ 13:30 14:30 ~ 19:00

土曜日 / 10:00 ~ 13:30 14:30 ~ 18:00

休診日 / 日・月・祝日

最寄駅 / 地下鉄 丸の内線・銀座線・日比谷線

銀座駅 B2/B4 出口より徒歩 1 分

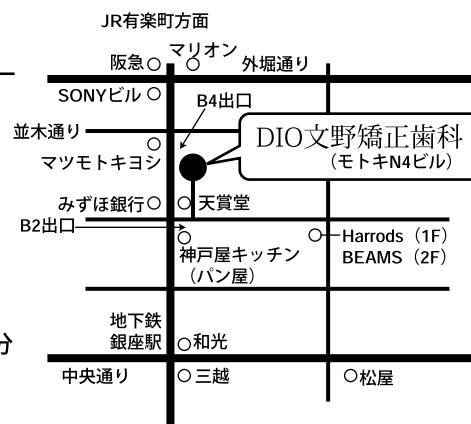
・ 営団地下鉄 有楽町線 銀座一丁目駅より徒歩 3 分

・ 営団地下鉄 浅草線 東銀座駅より徒歩 3 分

・ JR 線 有楽町駅より徒歩 5 分

天賞堂ビル裏「登亭」横の小路を入り、

つきあたり正面 MOTOKI N4 ビル 3 階



地下鉄銀座駅B2・B4出口より徒歩1分
天賞堂ビル裏「登亭」横の小路より入る