No.127

DIO
Dental International Orthodontic Office
Fumino,DDS.MS

TEL：03-3538-2113（予約制）

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

氏（フリガナ）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

氏（フリガナ）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？
　口顔ぼう　□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ブレース）　□セラミックブレース（透明色）
　□メタルブレース　□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・いいえ

  （はいと答えられた方）

  理由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 医院名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

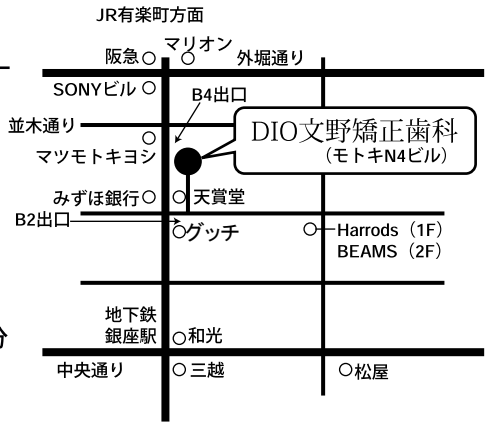
- 特異体質など、その他に言っておきたいことがありますか？ はい・いいえ

  （はいと答えられた方）

  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

（PAT. 出願中）