

# 調査用紙

初診No

年 月 日

## 1. 本人

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日生
住所	〒	TEL — —
在学名または 勤務先		満 才 ヶ月
通院方法	徒歩・バス・自家用車・電車	通勤時間 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）

## 3. 本人の歯並びに気づいた時期

- 乳歯のとき
- 乳歯から永久歯に生え変わる時
- 永久歯になってから

- 歯並びが悪いと歯ぐきの炎症にかかりやすい。
- 良くかめない。
- 良く発音できない。
- 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。
- その他

## 4. 歯並びについての関心程度

①本人が気にしていますか。（はい・いいえ）

[ ]

②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。

## 6. 矯正治療について

- 治す必要があるか聞きたい。
- 前歯だけをきれいにしたい。
- 前歯だけでなく奥歯もきれいにしたい。
- 口もとの外観を含めてきれいにしたい。

③どの部分が一番気になりますか。

[ ]

## 5. 矯正治療を希望されたとき

- 歯並びが悪いのがなんとなく心配。
- 歯並びの外観が悪い。
- 歯並びが悪いと虫歯になりやすい。

[ ]

7. 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。			
治療中は特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 めに装置を使用しなければならない。			

8. 全身の状態、発育について

①大きな病気をしたことがありますか。

( はい いいえ )

②歯(乳歯でも)を抜いたことがありますか。

( はい いいえ )

③あごが痛かったり、口が開けずらいこと  
がありますか。

( はい いいえ )

④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 )

⑤身長は伸びていますか。( はい いいえ )

⑥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 ヶ月ごろ )

⑦乳歯のとき虫歯は多かったですか。

( はい いいえ )

⑧乳歯は順調に生え変わりましたか。

( はい いいえ )

9. 鼻・咽喉について

①扁桃腺(よく腫れる・時々晴れる・腫れない)

②扁桃腺をとりましたか。( はい いいえ )

③鼻はよくつまりますか。( はい いいえ )

( どんな時 )

④昼間よく口をあけていますか。

( はい いいえ )

⑤いびきをよくかきますか。

( はい いいえ )

⑥口をあけて寝ていますか。

( はい いいえ )

⑦特に発音しにくい音がありますか。

( 例えば )

10. 習癖について

①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・つめを嚙  
む・歯ぎしりをする。

②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)

③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

④癖のあらわれ方

( たえず・しばしば・ときどき・まれに)