

アルパーク 歯科・矯正歯科 初診受付

フリガナ ご氏名	
生年月日	大 昭 平 年 月 日 才 男性 女性
ご住所 〒	
ご自宅お電話	携帯電話
メールアドレス	
お勤め先	お勤め先お電話

問診表 歯並びについてのご質問

○印はいくつでもお付け下さい。

・歯並びのどこが気になりますか？

- | | | |
|----------------|--------------|---------------|
| ・乳歯が隙間なく生えている事 | ・歯並びが凸凹している事 | ・口元が出ている事（横顔） |
| ・上の歯が出ている事 | ・下の歯が出ている事 | ・笑った時、歯茎が見える事 |
| ・噛み合わない歯がある事 | ・よく口が開いている事 | |
| ・その他（ | ） | |

・癖について

- | | | |
|-----------------|-----------------------|---|
| ・指しゃぶり | ・よく噛む（唇・指・毛布や衣類・爪・鉛筆） | |
| ・頬杖をつく | | |
| ・寝る時は決まった姿勢ですか？ | それはどんな姿勢ですか？（ | ） |
| ・その他（ | ） | |

・鼻・咽喉について

- | | | |
|-------------|-----------|-------------|
| ・扁桃腺がよく腫れる | ・鼻がつまりやすい | ・よく口で息をしている |
| ・いびきをかく事が多い | ・その他（ | ） |

・顎について

- | | |
|--------------------------|------------------|
| ・顎や歯を打って、怪我をした事がある | ・寝ている時、歯ぎしりをよくする |
| ・昼間、よく歯を食いしばっている | ・顎の音がすることがある |
| ・お口が大きく開かない、また、開かない事があった | ・顎を動かすと痛みがある |
| ・その他（ | ） |

・ご家族の歯並びはどうですか？

よい	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
歯並びが凸凹	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
口元が出ている	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
上の歯が出ている	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
下の歯が出ている	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
笑った時、歯茎が見える	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
噛み合わない歯がある	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)
その他 ()	(父・父方の祖父・祖母	母・母方の祖父・祖母)

・歯並びが気になるのはどなたですか？

・ご本人	・父母	・その他 ()
------	-----	----------

・矯正治療を相談しようと思ったきっかけは何ですか？

・本人が気にしているの	・親の歯並びが悪いから	・他の保護者の話を聞いて
・歯並びを見て	・口元を見て	・顔立ちを見て
・写真を見て	・他の人の口元と比べて	
・身内から指摘されて	・友人から指摘されて	・学校検診の指摘
・歯科医院で指摘されて		
・歯磨きが難しいので	・雑誌の記事やテレビを見て	
・その他 ()		

・矯正治療に何を期待なさいますか？

・口元がきれいになり、美しい顔になる事
・コンプレックスがなくなる事
・よい歯並びが、よりよい対人関係に役立つ事
・将来、よい結婚ができるように。
・歯並びがよくなると、歯がお手入れしやすくなる事
・歯が長持ちし、生涯ご自分の歯で食事ができる事に役立つ事
・よい噛み合わせが、体の調子や健康に役立つ事
・その他 ()

・矯正治療に対するご心配は何ですか？

・良好な治療結果が得られるかどうか	・抜歯が必要かどうか
・治療方法	・装置の見た目
・治療の痛み	・抜歯の痛み
・治療期間・来院回数	・費用・支払方法
・歯科医師やスタッフの人柄	・治療技術
・学会などの肩書き	・その他 ()

問診表 健康状態についてのご質問

・医薬品の副作用・アレルギーをさけるためです。

例えば、「気管支喘息の方は全人口の1%。そのうちアスピリン喘息の方は、消炎鎮痛剤服用により、激しい喘息発作をきたすので、通常の消炎鎮痛剤は服用してはなりません。」等です。

・病気により、注意点が違うからです。

抗凝固療法の方は、「抜歯前に、薬を減らしておかなければならない。」

これに対し、ある心疾患などでは、「抜歯前に、抗生物質を服用しなければならない。」等です。

・お互い、見込み違いが起きないように、現状をお知らせ下さいませ。

「この位は言わなくても大丈夫だろう。」

「当然、知っているだろう。」

こんなミスコミュニケーションが、思わぬトラブルを起こします。

○印はいくつでもお付け下さい。

・ご病気がありますか？ 今、昔も含めてご記入下さい。

- | | |
|-----|-------------------------------------|
| ・なし | ・あり |
| | ・骨粗しょう症（飲み薬+歯科治療で顎骨に異変が生じることがあります。） |
| | ・狭心症 心筋梗塞 脳梗塞 抗凝固療法 抗血小板療法 |
| | ・ペースメーカー 高血圧 低血圧 |
| | ・心臓中隔欠損症 心臓弁膜症 関節置換手術 |
| | ・ぜんそく アスピリンぜんそく 鼻炎 胃潰瘍 |
| | ・B型肝炎 C型肝炎 感染症 |
| | ・肝硬変 腎臓病 糖尿病 |
| | ・うつ病 心身症 |
| | ・その他（) |

・常用しておられる薬がありますか？

- | | |
|-----|------------------------|
| ・なし | ・あり（) |
| | 例 ~医院で、血圧を下げる薬をもらっている。 |
| | できるだけ、薬の説明書をお持ちくださいませ。 |

・アレルギーはありますか？

- | | |
|-----|--|
| ・なし | ・あり |
| | ・喘息、イチゴ、ぶどう、トマト、きゅうり、柑橘類、化粧品、防虫剤、防かび剤 |
| | ・ゴム、バナナ、アボガド、キウイ、イチジク、パパイヤ、ピーナッツ、じゃがいも、
トマト、栗 |
| | ・金属アレルギー、時計、イヤリング、指輪、ブレスレット、なめし皮 |
| | ・その他（) |

