

あらかじめ
治療に必要な事項を
お尋ねいたします。
わかる範囲内で簡単
にお答え下さい!

* 必須項目



矯正治療事前調査表

いのうえ歯科クリニック

.....年.....月.....日

ご本人様

フリカナ

*氏名：..... (既婚・未婚)
*お誕生日：昭和・平成.....年.....月.....日.....才 (男・女)
*住所：〒..... 都・道・府・県.....市・区・郡.....
*TEL：(ご自宅)..... または(携帯電話).....

*職業：.....
(学年).....

保護者様 (ご本人様が成人の場合は不要)

フリカナ

*氏名：..... ご本人様との続柄.....
住所：〒..... 都・道・府・県.....市・区・郡.....
TEL：(ご自宅)..... または(携帯電話).....

*ご都合の良い連絡先 (緊急時およびお知らせ等)

当てはまるもの全てにチェック (最も気になるところは二重にチェック) をつけるか、または、ご自由にお書き下さい。

1. 本日、ご来院されたきっかけは? (当てはまる にいくつでも!)

歯科医からのご紹介 または 指摘されて (歯科医院名:..... 先生)

検診で不正咬合と診断されたから

お知り合いの方からのご紹介 (ご紹介者名:..... 様) 知り合いがここで矯正治療をしていたから

電話帳を見て 看板を見て インターネットを見て その他 (.....)

2. 治療にあたって御心配な点は? (当てはまる にいくつでも!)

治療の内容や装置の種類 装置の見た目 治療中の痛み 治療期間 費用

歯ブラシの難しさ 今の状態がどれくらい改善するのか その他 (.....)

3. 矯正治療の経験はありますか? ある または 治療中 なし

.....才頃から (.....才頃まで) (矯正専門医院 一般歯科医院 その他 (.....)) により

治療内容:.....

4. お口の周りで気になっているところはどこでしょうか? (当てはまる にいくつでも!)

歯並び かみ合わせ

歯磨きしづらい 食事がしづらい しゃべりづらい 口が閉じづらい

口元 笑うと歯ぐきが見える スマイルライン 顔や顎の形 (歪み) 上下の前歯の真中がずれている

出っ歯 上下の前歯がつき合わせ うけ口 (反対咬合) 上下の前歯がかみあわない

八重歯 でこぼこ (乱食い歯) 歯と歯の間の隙間

または、ご自由にお書き下さい。



2Pへ

5. ご家族の皆様の歯並び

続柄	年齢(歳)	歯並びの状態	矯正の経験
例:父	40	良い 普通 悪い 出っ歯で下の前歯がでこぼこ)	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し
		良い 普通 悪い()	有り・無し

6. 一般歯科治療について

かかりつけの歯科医院はありますか? ある なし

歯科医院名: _____ 先生

一般の歯科治療について(当てはまる にいくつでも)

歯科治療の経験がない 麻酔をしたことがある 歯を抜いたことがある 血が止まりにくかったことがある
虫歯以外で口の中の病気になったことがある 歯ブラシ指導を受けたことがある フッ素塗布をしたことがある

7. 全身状態について

現在または過去にかかった、全身的な病気や感染症がありますか? ある なし

病名(_____)

B型肝炎 C型肝炎 結核 梅毒 その他(_____)

アレルギー体質はありますか? ある なし

アトピー性皮膚炎 喘息 金属アレルギー ラテックス(天然ゴム)アレルギー
ペット 食物アレルギー(_____) その他(_____)

耳や鼻について(当てはまる にいくつでも)

アレルギー性鼻炎(治癒) 滲出性中耳炎(治癒) 扁桃腺肥大(摘出)

鼻がよくつまる 口で呼吸する いびき その他(_____)

院内感染防止にご協力をお願いします。
書きにくいことがありましたら、
直接お話しください。



8. 矯正治療に関する診査事項

歯や顎を強く打つような怪我をしたことがありますか? ある なし

_____ 才頃(前歯 顎)

乳歯について(当てはまる にいくつでも)

乳歯の虫歯が多かった 乳歯の生え変わりが順調ではなかった その他(_____)

現在または過去の癖(くせ)について(当てはまる にいくつでも)

指しゃぶり 唇をかむまたは吸う 爪をかむ 舌をかむ 舌を前に突き出す

頬杖をつく うつ伏せ寝 姿勢が悪い その他(_____)

顎やかみ合わせについて(当てはまる にいくつでも)

歯ぎしりをする よく歯を食いしばる

口を大きく開けると、顎の関節あたりで音がする 口が開きにくいことがある

口を開けると痛みを感じる 朝起きると顔や顎に筋肉痛がある

その他(_____)

特に発音しにくい言葉がありますか? ある なし

具体的にあればお書きください。(_____)



9. 治療を始めるにあたって

進学・就職・転勤等によるお引越しのご予定はありますか? ある なし

ご結婚・成人式等のご予定はありますか? ある なし

通院について、曜日や時間帯など、ご希望があればお書き下さい。

曜日(月・火・水・木・金・土・日) 時間帯(~10:00 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15 / 16 / 17 / 18 / 19:00 ~)

治療に際して何かご参考にさせて頂けそうな事項や、心配な点、気になる点があれば、遠慮なくお書き下さい。



.....
.....
.....