

問診票 歯並び（矯正）相談

■あてはまる項目に○をしてください

1	矯正の相談をしたことは？	ある	ない
2	矯正の費用は一般的にいくら位かご存知ですか	はい	いいえ
3	どの部分が一番気になってますか		
	上の前歯	下の前歯	上下の前歯
	受け口	出っ歯	乱ぐい歯
	八重歯	その他	
4	家族で同様の歯並びの方はいますか	いない	いる

■次のような症状はありますか？それはいつ頃でしたか？

1	頭痛	ない	ある()
2	鼻づまり	ない	ある()
3	肩こり	ない	ある()
4	指しゃぶり	ない	ある()
5	歯ぎしり	ない	ある()
6	姿勢が悪く、前かがみになっている	ない	ある()
7	口呼吸をしている	ない	ある
8	口をうまく閉じられる	はい	いいえ
9	いつも口を開いていることが多い	いいえ	はい(常時・就寝時)
10	舌を前に出す癖がある	いいえ	はい
11	顔やあごがどちらかに曲がっている	いいえ	はい(右側・左側)
12	どちらかの肩が下がっている	いいえ	はい(右側・左側)

■日常の姿勢・くせ・就寝時の様子についてお聞きします

1	ほおづえをついて読書などをしている	いいえ	はい(常時・時々)
2	両手の上にあごを乗せて読書などをしている	いいえ	はい(常時・時々)
3	腕まくら・頬を机に押しつけてのお絵かきなど	いいえ	はい(常時・時々)
4	うつ伏せで頭をどちらかに向けて寝る	いいえ	はい(右側・左側)

■食事の様子についてお聞きします

1	食卓に飲み物があり、飲みながら食事をする	はい	いいえ
2	早食いである	はい	いいえ
3	食べ物を左右どちらか片側で噛んでいる	いいえ	はい(右側・左側)

■その他気になることがありましたらご記入ください