

問診票 歯並び（矯正）相談

■歯並び（矯正）について、おこたえ下さい。該当するものには○を囲んで下さい。

①	本日はどうされましたか？ できるだけ具体的に				
②	どの部分が気になっていますか	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 ()
③	どなたが気になっていますか？	本人	母	父	その他 ()
③	家族で同様の歯並びの方はいますか	いる		いない	
④	矯正の相談をしたことは？	ある		ない	
⑤	矯正費用は一般的にいくら位かご存知ですか	はい		いいえ	

■食事の様子や日常の様子についてお聞きします

1	食卓に飲み物があり、飲みながら食事をしますか？	はい		いいえ
2	食事中に噛んでいる時間はどれくらいですか？	短い（5秒, 5回未満）	ふつう	長い（1分以上）
3	食べ物を左右どちらか片側で噛んでいますか？	はい（ 右側・左側 ）	いいえ	わからない
4	1回の食事は多いですか？少ないですか？	多い	ふつう	少ない
5	1日の食事の回数はどれくらいですか？（間食含む）	2回以下	3～4回	5回以上
6	食べ物の好き嫌いはありますか？	はい（ 多い・少ない ）	いいえ	わからない
7	食べる量や食べる時間にムラがありますか？	はい（ 多い・少ない ）	いいえ	わからない
8	発音が気になりますか？（不明瞭等）	はい	いいえ	わからない
9	普段、口が開いていることが多いですか？	はい（ 常時・就寝時 ）	いいえ	わからない
10	指しゃぶり、唇を吸う/噛む、爪を噛むなどの癖がありますか？	はい	いいえ	わからない
11	舌を出したり変に動かしたりする癖がありますか？	はい	いいえ	わからない
12	身長 / 体重 を分かる範囲でご記入下さい	約 cm		約 kg
13	睡眠時にいびきがみられますか？	多い	たまにある	いいえ わからない
14	何か習い事やスポーツなどはしていますか？	はい ()		いいえ

■その他、次のような症状や姿勢、癖などはありますか？それはいつごろでしたか？頻度も分かる範囲でお答え下さい。

1	頭痛	はい ()	いいえ	わからない
2	鼻づまり	はい ()	いいえ	わからない
3	肩こり	はい ()	いいえ	わからない
4	歯ぎしり	はい ()	いいえ	わからない
5	姿勢が悪く、前かがみになっている	はい ()	いいえ	わからない
6	口呼吸をしている	はい	いいえ	わからない
7	顔やあごがどちらかに曲がっている	はい（ 右側・左側 ）	いいえ	わからない
8	どちらかの肩が下がっている	はい（ 右側・左側 ）	いいえ	わからない
9	ほおづえをついて読書等をしている	はい（ 常時・時々 ）	いいえ	わからない
10	両手の上にあごを乗せて読書等をしている	はい（ 常時・時々 ）	いいえ	わからない
11	腕枕・頬を机に押しつけてお絵かき等をしている	はい（ 常時・時々 ）	いいえ	わからない
12	うつ伏せで頭をどちらかに向けて寝る	はい（ 常時・時々 ）	いいえ	わからない

■本日はどなたがお話を聞かれますか？

(父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹 ・ 祖母 ・ 祖父 ・ その他 ())

■その他気になることがありましたらご記入ください

機能	分類	項目	該当項目	支援計画	説明	
食 べ る ※1 必須	噛む	歯の生え方に遅れがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 処置（ ）		
		機能が原因の歯並び・噛み合わせの問題がある	<input type="checkbox"/> 下顎前突	<input type="checkbox"/> 乳歯の削合 <input type="checkbox"/> うがいの練習 <input type="checkbox"/> 舌の訓練 <input type="checkbox"/> 顎と舌の正しい位置を覚える		C 舌 C 舌 C 舌
			<input type="checkbox"/> 交叉咬合（前歯・臼歯）	<input type="checkbox"/> スティックで歯を押し出す <input type="checkbox"/> 頬杖などを治す		C 舌 D 態癖
			<input type="checkbox"/> 叢生	<input type="checkbox"/> よく噛んでアゴを发育させる		B 食育
			<input type="checkbox"/> 開咬	<input type="checkbox"/> 舌の訓練 <input type="checkbox"/> 指しゃぶりや爪噛などをやめる		C 舌 D 態癖
			<input type="checkbox"/> 過蓋咬合	<input type="checkbox"/> 前歯をよく使う		B 食育
			<input type="checkbox"/> 上顎前突	<input type="checkbox"/> 指しゃぶりや爪噛などをやめる <input type="checkbox"/> 口を閉じる練習 <input type="checkbox"/> 口輪筋を強くする（ぶくぶくぷー） <input type="checkbox"/> 顎と舌の正しい位置を覚える <input type="checkbox"/> アゴを押すクセを止める		D 態癖 A 呼吸 A 呼吸 C 舌 D 態癖
			<input type="checkbox"/> 異所萌出 <input type="checkbox"/> 萌出遅延（障害・埋伏） <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 処置（ ）		
			噛むのに影響がある虫歯がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 処置（ ）	
			しっかり強く噛めない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事の環境の改善	B 食育
	片噛みのクセがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 前後左右バランスよく咬む	B 食育		
	飲み込む	舌を前に出して飲み込む	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 舌の訓練 <input type="checkbox"/> 口の周りを緊張させない水飲み訓練 <input type="checkbox"/> 舌圧訓練	C 舌 C 舌 C 舌	
	食行動	食べる量、回数が多すぎたり少なすぎたり、ムラがある等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事の環境の改善	B 食育	
	話 す	構音	苦手な発音がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 発音訓練（パタカラ）	E 他
			お口ポカン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口を閉じる練習	A 呼吸
舌小帯に問題がある			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経過観察・ <input type="checkbox"/> 処置（ ）		
そ の 他	体格	やせ、または肥満である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食事の量を改善する		
	その他	口呼吸がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口を閉じる練習・呼吸訓練	A 呼吸	
		扁桃腺肥などに肥大がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 鼻呼吸の練習 <input type="checkbox"/> 扁桃腺などの切除	A 呼吸	
			睡眠時のいびきがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 口を閉じる練習・呼吸訓練 <input type="checkbox"/> 顎と舌の正しい位置を覚える	A 呼吸 C 舌

【目標】

【支援期間】

【再評価】