

Temporomandibular Disorder Chart

I. 환자 기본 정보

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 이름 : {name} | <input type="checkbox"/> 생년월일 : {birthdate} |
| <input type="checkbox"/> 성별 : {gender} | |
| <input type="checkbox"/> 이메일 : {email} | <input type="checkbox"/> 연락처 : {phone} |
| <input type="checkbox"/> 주소 : {address} | |
| <input type="checkbox"/> 직업 : {occupation} | |
| <input type="checkbox"/> 내원목적 : {visit_reason} | |

II. 주증상

- ☐ 병원을 방문한 주된 이유 : {chief_complaint} {chief_complaint_other}
- ☐ 문제가 처음 발생한 시기 : {onset}

III. 현재 증상

■ 턱 주변의 통증 / 턱 움직임 관련 두통

i) 통증 양상

- 턱을 움직이거나 씹기, 말하기 등의 기능 또는 악습관(이갈기, 턱 괴기 등)으로 인해 통증이 악화되나요? : {jaw_aggravation}
- 통증을 어떻게 표현하시겠습니까? : {pain_quality}

ii) 통증 분류 및 검사

근육/넓은 부위 통증
• 입을 벌릴 때나 턱을 움직일 때 통증이 있나요? : {muscle_movement_pain_value}
• 근육을 2초간 눌렀을 때 통증이 느껴지나요? : {muscle_pressure_2s_value}
• 근육을 5초간 눌렀을 때, 통증이 눌린 부위 넘어서 퍼지나요? : {muscle_referred_pain_value}
• 통증이 눌린 부위 외 다른 곳(눈, 귀 등)까지 퍼지나요? : {muscle_referred_remote_pain_value}
턱관절 통증
• 입을 벌릴 때나 움직일 때 통증이 있나요? : {tmj_movement_pain_value}
• 턱관절 부위를 눌렀을 때 기존 통증이 재현되나요? : {tmj_press_pain_value}
두통
• 두통이 관자놀이 부위에서 발생하나요? : {headache_temples_value}
• 관자놀이 근육을 눌렀을 때 기존 두통이 재현되나요? : {headache_reproduce_by_pressure_value}
• 턱을 움직일 때 두통이 심해지나요? : {headache_with_jaw_value}
• 통해당 두통이 다른 의학적 진단으로 설명되지 않나요? : {headache_not_elsewhere_value}

■ 턱관절 소리 / 잠김

i) 턱에서 나는 소리 : {tmj_sound_value}

ii) 딸깍소리

딸깍 소리가 나는 상황
{tmj_click_summary}

iii) 사각사각소리(크레피투스)

- | |
|--|
| • 사각사각소리가 확실하게 느껴지나요? : {crepitus_confirmed_value} |
| • 현재 턱이 걸려서 입이 잘 안 벌어지는 증상이 있나요? : {jaw_locked_now_value} |
| • 해당 증상은 조작해야 풀리나요? : {jaw_unlock_possible_value} |
| • 과거에 턱 잠김 또는 개방성 잠김을 경험한 적이 있나요? : {jaw_locked_past_value} |
| • 입을 최대한 벌렸을 때(MAO), 손가락 3개가 들어가요? : {mao_fits_3fingers_value} |

□ 빈도 및 시기

- 통증 또는 다른 증상이 얼마나 자주 발생하나요? : {frequency_choice}
- (통증이 있을 시) 현재 통증 정도는 어느 정도인가요? : {pain_level}
- 주로 어느 시간대에 발생하나요? : {selected_times}
- 두통이 있나요? : {has_headache_now}
- 두통 부위를 모두 선택해주세요. : {headache_areas}
- 현재 두통 강도는 얼마나 되나요? : {headache_severity}
- 두통 빈도는 얼마나 자주 발생하나요? : {headache_frequency}
- 두통을 유발하거나 악화시키는 요인이 있나요? : {headache_triggers}
- 두통을 완화시키는 요인이 있나요? : {headache_reliefs}

IV. 습관

- 다음 중 해당되는 습관이 있나요? : {habit_summary}
- 다음 중 해당되는 습관이 있다면 모두 선택해주세요.

{additional_habits}

V. 턱 운동 범위 및 관찰

■ 자발적 개구

- 스스로 입을 크게 벌렸을 때 어느 정도까지 벌릴 수 있나요? : {active_opening}
- 통증이 있나요? : {active_pain}

■ 수동적 개구

- 타인이 도와서 벌렸을 때 어느 정도까지 벌릴 수 있나요? : {passive_opening}
- 통증이 있나요? : {passive_pain}

□ 턱 움직임 패턴

- 입을 벌리고 닫을 때 턱이 한쪽으로 치우치는 것 같나요? : {deviation}
- 편위(Deviation, 치우치지만 마지막에는 중앙으로 돌아옴) : {deviation2}
- 편향(Deflection, 치우친 채 돌아오지 않음) : {deflection}
- 앞으로 내밀기(mm) : {protrusion}
- Protrusion 시 통증이 있나요? : {protrusion_pain}
- 측방운동 오른쪽(mm) : {latero_right}
- 오른쪽으로 측방운동 시 통증이 있나요? : {latero_right_pain}

- 측방운동 왼쪽(mm) : {latero_left}
- 왼쪽으로 측방운동 시 통증이 있나요? : {latero_left_pain}
- 교합 : 앞니(위, 아래)가 정중앙에서 잘 맞물리나요? : {occlusion}
- 정중앙에서 어느 쪽으로 어긋나나요? : {occlusion_shift}

☐ 턱관절 소리

- 오른쪽 – 입 벌릴 때 : {tmj_noise_right_open}
- 왼쪽 – 입 벌릴 때 : {tmj_noise_left_open}
- 오른쪽 – 입 다물 때 : {tmj_noise_right_close}
- 왼쪽 – 입 다물 때 : {tmj_noise_left_close}

VI. 근육 촉진 평가

측두근 촉진 소견	{palpation_temporalis}
내측 익돌근 촉진 소견	{palpation_medial_pterygoid}
외측 익돌근 촉진 소견	{palpation_lateral_pterygoid}
통증 위치 매핑	{pain_mapping}

VII. 귀/경추/목/어깨 관련 증상

i) 귀 관련 증상

- 귀와 관련된 증상이 있으신가요? : {ear_symptoms}
- {ear_symptom_other}

ii) 경추/목/어깨 관련 증상

- 다음 중의 증상이 있으신가요? : {neck_shoulder_symptoms_str}
- 다음 중 해당되는 증상이 있다면 모두 선택해주세요. : {additional_symptoms_str}
- 목 외상 관련 이력이 있으신가요? : {neck_trauma_radio}

VIII. 이력

☐ 정서적 스트레스 이력

- 스트레스, 불안, 우울감 등을 많이 느끼시나요? : {stress_radio}
- 있다면 자세히 기재해 주세요.
: {stress_detail}

☐ 과거 치과적 이력

- 교정치료(치아 교정) 경험 : {ortho_exp}
- {ortho_detail}
- 보철치료(의치, 브리지, 임플란트 등) 경험 : {prosth_exp}
- {prosth_detail}
- 기타 치과 치료 이력 : {other_dental}

• 턱관절 질환 치료 경험 : {tmd_treatment_history}

치료	{tmd_treatment_detail}
해당 치료에 대한 반응	{tmd_treatment_response}
복용 중인 턱관절 관련 약물	{tmd_current_medications}

☐ 과거 의과적 이력

• 과거에 앓았던 질환, 입원 등 주요 의학적 이력이 있다면 적어주세요.

{past_history}

• 현재 복용 중인 약이 있다면 적어주세요.

{current_medications}

IX. 자극 검사

- 오른쪽으로 어금니를 강하게 물 때 : {bite_right}
- 왼쪽으로 어금니를 강하게 물 때 : {bite_left}
- 압력 가하기 : {loading_test}
- 저항 검사 : {resistance_test}
- 치아 마모 : {attrition}

X. 기능 평가

- 턱관절 증상으로 인해 일상생활에 불편함을 느끼시나요? : {impact_daily}
- 턱관절 증상으로 인해 직장 업무나 학업 성과에 영향을 받은 적이 있나요? : {impact_work}
- 턱관절 증상이 귀하의 전반적인 삶의 질에 얼마나 영향을 미치고 있다고 느끼시나요? : {impact_quality_of_life}
- 최근 2주간 수면의 질은 어떠셨나요? : {sleep_quality}
- 수면의 질이 턱관절 증상에 영향을 준다고 느끼시나요? : {sleep_tmd_relation}

XI. 진단 결과

{diagnosis_result}