

Temporomandibular Disorder Chart

I. 환자 기본 정보

- ☐ 이름 :
- ☐ 성별 :
- ☐ 이메일 :
- ☐ 주소 :
- ☐ 직업 :
- ☐ 내원목적 :

- ☐ 생년월일 :
- ☐ 연락처 :

II. 주증상

- ☐ 병원을 방문한 주된 이유 :
- ☐ 문제가 처음 발생한 시기 :

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? :
- 통증을 어떻게 표현하시겠습니까? :

ii) 통증 분류 및 검사

근육/넓은 부위 통증
• 입을 벌릴 때나 턱을 움직일 때 통증이 있나요? :
• 근육을 2초간 눌렀을 때 통증이 느껴지나요? :
• 근육을 5초간 눌렀을 때, 통증이 눌린 부위 넘어서 퍼지나요? :
• 통증이 눌린 부위 외 다른 곳(눈, 귀 등)까지 퍼지나요? :

턱관절 통증
• 입을 벌릴 때나 움직일 때 통증이 있나요? :
• 턱관절 부위를 눌렀을 때 기존 통증이 재현되나요? :

두통
• 두통이 관자놀이 부위에서 발생하나요? :
• 관자놀이 근육을 눌렀을 때 기존 두통이 재현되나요? :
• 턱을 움직일 때 두통이 심해지나요? :
• 통해당 두통이 다른 의학적 진단으로 설명되지 않나요? :

■ 턱관절 소리 / 잠김

i) 턱에서 나는 소리 :

ii) 딸깍소리

딸깍 소리가 나는 상황

iii) 사각사각소리(크레피투스)

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

☐ 빈도 및 시기

- 통증 또는 다른 증상이 얼마나 자주 발생하나요? :
- (통증이 있을 시) 현재 통증 정도는 어느 정도인가요? :
- 주로 어느 시간대에 발생하나요? :
- 두통이 있나요? :
- 두통 부위를 모두 선택해주세요. :
- 현재 두통 강도는 얼마나 되나요? :
- 두통 빈도는 얼마나 자주 발생하나요? :
- 두통을 유발하거나 악화시키는 요인이 있나요? :
- 두통을 완화시키는 요인이 있나요? :

IV. 습관

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

--

V. 턱 운동 범위 및 관찰

■ 자발적 개구

- 스스로 입을 크게 벌렸을 때 어느 정도까지 벌릴 수 있나요? :
- 통증이 있나요? :

■ 수동적 개구

- 타인이 도와서 벌렸을 때 어느 정도까지 벌릴 수 있나요? :
- 통증이 있나요? :

☐ 턱 움직임 패턴

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

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

☐ 턱관절 소리

- 오른쪽 - 입 벌릴 때 :
- 왼쪽 - 입 벌릴 때 :
- 오른쪽 - 입 다물 때 :
- 왼쪽 - 입 다물 때 :

VI. 근육 촉진 평가

측두근 촉진 소견	
내측 익돌근 촉진 소견	
외측 익돌근 촉진 소견	
통증 위치 매핑	

VII. 귀/경추/목/어깨 관련 증상

i) 귀 관련 증상

- 귀와 관련된 증상이 있으신가요? :

ii) 경추/목/어깨 관련 증상

- 다음 중의 증상이 있으신가요? :
- 다음 중 해당되는 증상이 있다면 모두 선택해주세요. :
- 목 외상 관련 이력이 있으신가요? :

VIII. 이력

☐ 정서적 스트레스 이력

- 스트레스, 불안, 우울감 등을 많이 느끼시나요? :
- 있다면 자세히 기재해 주세요.
- :

☐ 과거 치과적 이력

- 교정치료(치아 교정) 경험 :
- 보철치료(의치, 브리지, 임플란트 등) 경험 :
- 기타 치과 치료 이력 :

- 턱관절 질환 치료 경험 :

치료	
해당 치료에 대한 반응	
복용 중인 턱관절 관련 약물	

☐ 과거 의과적 이력

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

- 현재 복용 중인 약이 있다면 적어주세요.

IX. 자극 검사

- 오른쪽으로 어금니를 강하게 물 때 :
- 왼쪽으로 어금니를 강하게 물 때 :
- 압력 가하기 :
- 저항 검사 :
- 치아 마모 :

X. 기능 평가

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

XI. 진단 결과