

近藤歯科クリニック 矯正問診表



日記入

	2									
フリガナ			生年月日	(満	歳)	性別				
お名前			大·昭·平	年 月	日	男·女				
ご住所	〒 –		電話番号 携帯電話番号							
			(小児患者様はご両親の番号を記入下さい) メールアドレス							
② はじめにこれからの治療計画・お子様のことに関するご質問にお答えください ※みなさまのご要望をきちんと知りたいので、できるだけ正確に□にチェック、または()にご記入ください										
1	本日は どうされましたか? (複数回答可)	□歯の検査をしてほしい □虫歯の治療をしてほしい □歯並びの相談に乗って欲しい □乳歯を抜いてほしい □フッ素を塗ってほしい								
2	当院をどのように お知りになりましたか? (最も近い理由に1つ)	□ウェブサイトを見て (□一般サイト<黄色> (□矯正サイト<ベージ (□歯周病サイト<青色 (□その他口コミサイトを	ュ色>を見て) 色>を見て)	□知人からの系 □家族からの系 □会社から近り □自宅から近り □その他(紹介(ハから	様) 様))				
3	最後に歯医者へ 行ったのはいつですか?	□他の医院で (□当院で (□覚えていないほど、期間	年 年 引が空いている	ヶ月前 ヶ月前 □歯科は初め	ī)					
4	矯正治療を行うに あたって当てはまる ものヘチェックを お願いいたします。 (小児矯正の場合は お子様に当てはまる 項目にチェックを お願いいたします。)	□鼻づまりがある □ぜんそくなど、アレルギー体質である □食事のとき、横を向いて喋りながらあるいはテレビを見ながら食べている □おやつにスナック菓子的なものを食べている □食事時、硬いものは食べない傾向にある □食事時や、机に向かっているときなど、姿勢があまり良くない □ご兄弟、ご両親または親類に、受け口の人がいる □ご兄弟、ご両親または親類に歯の本数の少ない(先天的欠如)の人がいる □がいつも開いている □赤ちゃんの時、歯が生えてきたのが早い方である(生後、4,5か月) □運動をしたり、歩いたりするのがあまり好きではない □赤ちゃんの時、低出生体重児(2,500g以下)であった □赤ちゃんの時、母乳より、哺乳瓶でミルクを飲む事が多かった □赤ちゃんの時、卒乳が遅かった(1歳6か月以降) □お父様、お母様のどちらかが矯正を経験したことがある								



み	なさまのお口のこと	とだけでなく、全身の健康状態についてお聞かせください						
1	今までに次の病気に なったことはありますか? (複数回答可)	□心臓疾患 □脳疾患 □高血圧 □腎臓疾患 □肝臓疾患 □糖尿病 □結核 □ぜん息 □貧血 □胃腸病 □皮膚病 □膠原病(リュ-マチ等) □消化器疾患 □蓄膿症 □甲状腺疾患 □その他()						
2	現在の健康状態は いかがですか?	□特に問題はない □他の医院(内科·外科)に通院している 病名()□その他()						
3	アレルギーはありますか?	□ない □ある(□金属アレルギー □薬のアレルギー □その他)						
4	麻酔をした ことはありますか?	□ない □ある (□特に異常はなかった □異常があった)						
5	現在服用している 薬はありますか?	□ない □ある(薬剤名)						
6	喫煙されますか?	□吸わない □吸う(1日 本)						
7	妊娠していますか? ※女性の方のみ	□していない □妊娠している (ケ月) □授乳中						
8	間食はしますか?	□しない □規則正しい □不規則						
9	睡眠時間は?	1日平均()時間						
10	歯磨き習慣について	【 時間帯 】 □起床後 □朝食後 □昼食後 □夕食後 □就寝前						
		【1回の時間】 約()分						
		【使うもの】 口歯ブラシ ロフロス 口歯間ブラシ 口その他()						
当院に対するご要望をお聞かせください								
(例:痛いのが苦手なので、なるべく麻酔を使ってほしい) ※特に無ければご記入いただかなくてかまいません								
- 2	O _m							

ご予約が取りづらい場合もございますので、あらかじめご希望の通院日をお聞かせください。

通いやすい曜日、時間を〇△×で記入してください※土曜日と平日16時~以降は予約が取りづらくなっております。

〇 通いやすい

△ 日によっては通える

ム 日によっては週*れ*る × 通院困難

	月	火	水	木	金
9:00~12:30					
14:00~16:00					
16.00~18.30					

土

