

矯正相談 問診票

年 月 日

お名前	生年月日 平成	年 月 日 (歳 ヶ月)	男 女
住所 〒	-		電話番号

■当てはまる所に○をしてください。

1	矯正の相談をしたことはありますか	ない	ある(いつ頃)			
2	どの部分が一番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	家族で同様の歯並びの方はいらっしゃいますか	いない	いる			
4	薬のアレルギーはありますか	ない	ある()			
5	麻酔薬にアレルギーはありますか	ない	ある()			

■次のような症状はありますか。またはありましたか。いつ頃だったかも教えてください。

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	爪を噛む	ない	ある()
7	姿勢が悪く前かがみになる	ない	ある()
8	口呼吸をする	ない	ある()
9	口をうまく閉じられますか	いいえ	はい
10	いつも口を開けていることが多い	いいえ	はい(常時・就寝時)
11	顔や顎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	頬づえをついて読書をしている	いいえ	はい(常時・時々)
2	読書の時、両手の上に顎をのせて読んでいる	いいえ	はい(常時・時々)
3	枕や、頬を机に押しつけたりしている	いいえ	はい(常時・時々)
4	うつ伏せで顔をどちらかに向けて寝ている	いいえ	はい(常時・時々)
5	舌を前に出す癖がある	いいえ	はい(常時・時々)
6	よく唇をなめたり、巻き込んだりする	いいえ	はい(常時・時々)
7	特定の物(衣類や鉛筆等)を噛んだり、しゃぶったりする	いいえ	はい(常時・時々)
8	その他 ()		

■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	いいえ	はい
2	食べるのは早いほうですか	いいえ	はい
3	食べ物は左右どちらか片方で噛んでいる	いいえ	はい(右側・左側)
4	噛み切りにくい物がある	いいえ	はい()

■その他気になることがございましたらご記入ください。

[]



食生活習慣チェック表

名前 _____ NO _____
 年齢 _____ 歳 _____ 年 _____ 月 _____ 日

①昨日は何を食べられましたか？

朝 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない
 食べ物 _____ 飲み物 _____

昼 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない
 食べ物 _____ 飲み物 _____

夜 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない
 食べ物 _____ 飲み物 _____

間食、間食時の飲み物
 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない
 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない

夕食後に食べるもの、飲むもの
 時頃 _____ ほぼ毎日食べる・週に2~3回・週に4~5回・ほとんど食べない

②以下の物をよく食べられる場合は頻度と、量を教えてください。
 また、下記以外でよく食べられるものがあれば教えてください。

	頻度	一回の量		頻度	一回の量
ガム			紅茶		
あめ			コーヒー		
ハイチュウ			清涼飲料水		
チョコレート			果汁入り飲料		
のどあめ			牛乳		
クッキー			乳酸菌飲料		
おせんべい			アルコール		
ゼリー、プリン			果物		
アイス			その他		
スナック菓子					
グミ					
例	週に2~3	一袋			
	毎日3回	2つ			



口呼吸問診シート

氏名()

第一回記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 第二回記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

●あなたのお子様は過去4週間にどのくらい…	なかった	ほとんどなかった	ときどきあった	よくあった	結構あった	だいぶあった	いつもあった
大きなびきをかいていましたか	1	2	3	4	5	6	7
夜中に息をこらえたり、止まったりしていましたか	1	2	3	4	5	6	7
頻繁に寝返りを売ったり、たびたび夜中に目を覚ましたりしていましたか	1	2	3	4	5	6	7
寝ている間に、のどに物を詰まらせたような音をさせたり、あえいだりしてましたか	1	2	3	4	5	6	7
鼻が詰まるせいで、口を開けて息をしていましたか	1	2	3	4	5	6	7
たびたび風邪をひいたりしましたか	1	2	3	4	5	6	7
鼻水が出ていましたか	1	2	3	4	5	6	7
食べ物が飲み込みずらそうでしたか	1	2	3	4	5	6	7
感情的に不安定でしたか	1	2	3	4	5	6	7
攻撃的であったり、はしゃぎすぎたりしてましたか	1	2	3	4	5	6	7
反抗的でしたか	1	2	3	4	5	6	7
昼間にひどく眠そうでしたか	1	2	3	4	5	6	7
集中力がかたたり、集中できる時間が短かったりしましたか	1	2	3	4	5	6	7
朝起きるときにくずったりしましたか	1	2	3	4	5	6	7
寝汗をかいていましたか	1	2	3	4	5	6	7
おねしょがありましたか	1	2	3	4	5	6	7
姿勢は前かがみで悪いですか	1	2	3	4	5	6	7
頬杖をつきますか	1	2	3	4	5	6	7
中耳炎になりましたか	1	2	3	4	5	6	7
アトピーの症状が出ましたか	1	2	3	4	5	6	7
アレルギーの症状が出ましたか	1	2	3	4	5	6	7
食事を食べる速さはどうですか	1	2	3	4	5	6	7