

ももい矯正歯科クリニック 問診表

受付 年 月 日

ふりがな					š	りがな					
お名前					保	護者名					
生年月日	四和	<u></u> ・平成・令	 3和 年	 月	日(歳	ヶ月)	性別:		· 女	
	 		774 +	73	ц		7 77	コエカリ ・	<i></i>		
自宅住所	Ţ	_									
	TEL () —										
						携帯電詞	括() —			
勤務先・	学校					TE	EL () –			
緊急連絡	先(必ず	ご記入下さい)	携帯/自宅	ミ/その他() TEL	_ ()	_		
歯科矯正治療におきまして,御本人,保護者の方の考え等が重要となります.下記の質問事項につきまして,分かる 範囲で該当する項目にチェックをつけてください.歯科矯正治療を進めていく上での参考にさせていただきます.											
								考にさせてい ません.この			
することをお			יין שייבייטובי,	C 17 -117 2		()				工门作品	
				ŧ	もい矯正	歯科クリ	ニック	院長桃井	裕		
1. 当院	たお知	りになっ	た理由は?	1							
_		の紹介	(•		御家族の			様)	
· ·		−ネット・ 誰誌等を見	ホームペー	・シを見て		□駅等の □その他)看板を見 h <i>(</i>	~	\		
			ころはどこ	ですか?	, .		B (,		
			□ガタカ		受け口	□哆	なみ合わせ	が悪い(うき	まく 咬め	ない)	
	その他	•	-471-	714411-)	
			こなるとこ □下唇か		-		まりがた	1.			
	この他			ъщ с 11.2		- 761C1	100110	v .)	
			亟性を教え								
					たい	□でき	れば治療	したくない	□相	談のみ	
			安はありま 置が目立つ			富そう	□全額	面			
· ·	の他				□ /	m C J	<u> </u>)			
			ありますか								
			歯の裏に付 ピードが早				らにくい透 D上決めた				
			こードが す るところは			□ 作品表♡。	上次めた	, ,			
			形 □虫			犬態 □	あごの状態	態			
	その他	()						
8. 9.											
. J.											

)

◆下記の質問事項について,該当する項目にチェックを付けて,内容を記入してくだる。 ・	さい◆
 1. 経歴について ・これまでに矯正相談をされたことはありますか? 【□はい □いいえ】 ・以前に矯正治療をされたことがありますか? 【□はい □いいえ】 ・御家族で歯並びの悪い方はいますか?【□はい(父/母/兄弟/姉妹) □ 	いいえ】
・病気やケガで入院した事はありますか?【□はい() ・内科的な病気はありますか?【□はい(心臓疾患,肝臓疾患,腎臓疾患,消化器系 内分泌系,血液疾患,高血圧<最高 /最低 >,低血圧<最高 /最低) □いいえ】 □いいえ】 □いいえ】 系,呼吸器系 >,貧血 □いいえ】
3. 呼吸についてお聞きします.・普段,鼻と口のどちらで呼吸していますか?【□鼻 □口 □どちらも】・鼻が詰まりやすいなど,鼻で呼吸をしにくい理由がありますか?【□はい [□いいえ】
4. 事故や怪我などで歯をぶつけた事はありますか?【□はい()	□いいえ】
 5. あごの状態についてお聞きします。 ・あごに痛みや違和感を感じたことはありますか? 【□はい □いいえ】 ・食事中にあごが痛む事はありますか? 【□はい □いいえ】 ・大きく口を開けた時にあごが痛む事はありますか? 【□はい □いいえ】 ・大きく口を開けた時にあごから音がしますか? 【□はい □いいえ】 6. その他,聞いておきたい事や話しておきたい事などございましたら,お書き下さ(