

この調査票は矯正治療を開始するにあたり、診断や治療方針を立てるために大切な資料となります。

ご本人

ふりがな

氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 平成 年 月 日(歳 ヶ月) 身長 _____ . cm/体重 _____ . kg

住所 〒 _____

自宅電話番号 _____ 携帯番号 _____

在学学校名(学年) _____

保護者

氏名 _____ 本人との続柄 _____

勤務先 _____ 勤務先電話番号 _____

転勤 無 ・ 有(_____ 年後)

気になるところ(具体的に記入して下さい)

本人が気になっている点は、 _____

保護者の方が気になっている点は、 _____

家族に同じ歯並びの方はいらっしゃいますか? いいえ ・ はい(誰ですか) _____)

家族に矯正をされた方はいらっしゃいますか? いいえ ・ はい(誰ですか) _____)

当医院の顎顔面矯正治療をどこで知りましたか?

ご紹介(_____ 様) ・ ホームページ ・ その他(_____)

鼻、のど、耳の病気について

扁桃腺が腫れますか _____ いいえ ・ はい (どんな時 _____)

扁桃腺を取る手術をしましたか _____ いいえ ・ はい (_____ 歳頃)

お子様に当てはまる項目に○を付けて下さい。

鼻づまり(どんな時 _____) ・ 鼻水(どんな時 _____) ・ 鼻アレルギー

鼻血(どんな時 _____) ・ 唇が乾燥している ・ 唇が荒れる ・ 唇をなめる

口が開いている ・ 仰向けで寝られない ・ いびきをかく ・ 歯ぎしりをする

喘息(どんな時 _____) ・ 中耳炎(いつ頃 _____)

その他の症状や癖、習慣について

お子様に当てはまる項目に○を付けて下さい。

頭痛 ・ 肩こり ・ 姿勢が悪い ・ 落ち着きがない ・ 頬杖をつく ・ アゴがカクカク鳴る
指しゃぶり ・ 衣類、タオルをかむ ・ 爪をかむ ・ 唇をかむ ・ 鉛筆をかむ
おもらし(夜尿症)する ・ お昼寝をする ・ 寝起きが悪い
寝る時に特定の姿勢をとる(どんな姿勢)

食事について

家族の中で食べるのが早い いいえ ・ はい

食事中に水分をよく飲む いいえ ・ はい

よく飲む飲み物は _____

よくかんで食べますか ふつう ・ よくかむ ・ あまりかまない

どちらか片方でかんでいる いいえ ・ はい (右側 ・ 左側)

好きな食べ物は _____

嫌いな食べ物は _____

検査(実際にやってみましょう)

片足立ちが何秒できますか? 右足立ち _____ 秒 / 左足立ち _____ 秒

口をつまんで、鼻で何秒呼吸できますか? 10 秒以下 ・ 10 秒～30 秒 ・ 30 秒以上

スポーツをしていますか? はい ・ いいえ

それは何ですか? _____

赤ちゃんの時の事について

赤ちゃんの時の食事 母乳のみ ・ 母乳とミルクの併用 ・ ミルクのみ

卒乳はいつですか _____ 歳 _____ ヶ月頃

離乳食は? 市販のベビーフード ・ 自分で作ったもの ・ 親と同じもの

その他、気になる事やご質問がありましたら、具体的にご記入下さい。

ご協力ありがとうございました。