



# Interview Sheet

ふりがな

お名前

生年月日

年

月

日

年齢

歳

学年

保護者様

ご紹介者様

かかりつけ歯科医

ご住所 〒

Tel.

Email

ご職業(ご本人様) 会社員 学生 団体員 公務員 自営業 医療関係 主婦 無職 その他( )

(保護者様) 会社員 学生 団体員 公務員 自営業 医療関係 主婦 無職 その他( )

## 1. 矯正をご希望されているのは:

患者様ご本人 保護者様 その他( )

## 2. 一番気になるところは(治したいところは):

八重歯 すきっ歯 凸凹の歯並び 出っ歯 受け口 上下唇が出ている

口をいつも開けている あごが出ている その他( )

## 3. それに気がなりはじめたのは:

乳歯のとき 永久歯が生えてきたとき 永久歯が生え揃ってから( )歳頃

## 4. 以前に矯正治療を受けたことは:

ある( )年前に ) 歯科医院にて)

ない方は、よろしければその理由をお聞かせください。

治療費が高い 日常生活に支障が生じる気がする 治療に不安があった

時間がなかった 気にならなかった 面倒だった 通える医院がなかった

その他( )

## 5. 矯正治療を検討されたきっかけは:

まわりに勧められた 歯科医に勧められた 自分自身が気になっている

保護者様が気になっている その他( )

## 6. 今までの癖は:

爪を噛む(現在 過去) 唇を噛む(現在 過去) 唇を吸う(現在 過去)

口を開けて寝る(現在 過去) 頬杖をつく(現在 過去)

指しゃぶり(現在 過去) 歯ぎしり(現在 過去) くいしばり(現在 過去)

その他( )

## 7. 歯磨き: 1日( )回(朝 昼 夜 寝る前 食後) あまりしていない

## 8. 体質と健康状態について:

\*扁桃腺 よく腫れる(こんな時: ) 腫れない 手術した

\*鼻づまり ある(こんな時: ) ない 手術した

\*顔や口を強く打った ある(部位: / )歳頃) ない

\*今までにかかった病気 ない ある(病名: )

\*アレルギー(食べ物・薬・金属等) ない ある( )

\*あごの関節か耳の前方部に痛み・音がある はい いいえ 時々 以前あった

\*顔面・あご・側頭部に痛み・だるさを感じる はい いいえ 時々

\*口を大きく開けにくい はい いいえ 時々

## 9. 遺伝的要因について(ご家族の歯並び・かみ合わせ・矯正治療経験の有無について):

八重歯(父 母 兄妹) すきっ歯(父 母 兄妹) 出っ歯(父 母 兄妹)

凸凹の歯並び(父 母 兄妹) 受け口(父 母 兄妹)

上下唇が出ている(父 母 兄妹) 口をいつも開けている(父 母 兄妹)

あごが出ている(父 母 兄妹) その他( )

矯正治療をした(父( )歳頃 母( )歳頃 兄妹( )歳頃) していない

## 10. 通院可能な曜日・時間帯: 火 水 木 金 土 日 ( )時頃

## 11. 今検討されている(希望されている)矯正方法があればお聞かせください。

またその他担当医にお伝えしたいことなど、ご自由にお書きください。

## 12. 当院をどちらでお知りになりましたか?(複数可)

お住まいが近所 お勤め先が近所 知人から紹介 かかりつけ歯科医から紹介

当院ホームページ 矯正歯科ネット その他Web( )

新聞折込 DM 雑誌・フリーペーパー( )