

- 初来初診（初診オーダー）
- 再来（短期）6ヵ月未満
- 再来（長期）6ヵ月以上（初診判断、オーダー）

# 歯科矯正科問診票

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女      生年月日 西暦 \_\_\_\_\_ 年   月   日   才  
 学校名 \_\_\_\_\_  
 身長 \_\_\_\_\_ cm      体 重 \_\_\_\_\_ kg

## 1.ご家族の状況

ご本人には○をつけ、祖父母、叔父母、従兄弟についても、出来るだけ詳しくお書き下さい。

本人との続柄	性別	職業または在学名	歯 並 び (良い・普通・少し出っ歯・ひどい出っ歯・受け口・乱ぐい等)
父	男		
母	女		
第一子	男・女		
第二子	男・女		
	男・女		

## 2.出産時の状況について

- ①出産時に障害がありましたか？あれば何ですか。 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ②妊娠中に病気をしたことがありますか。あれば何ですか。 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ③妊娠中に常用していたお薬はありますか。あれば何ですか。 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_
- ④出産時の体重は (                      g )
- ⑤授乳は (   母乳                      人工乳                      混合乳   )

3.予防接種を受けたことがありますか？それはいつですか？ (はい・いいえ) \_\_\_\_\_

4.健康上の問題がありますか？もしあれば簡単に記入してください。 (はい・いいえ)

\_\_\_\_\_

5.入院をしたことがありますか？あればいつ頃、どうしてですか。 (はい・いいえ)

\_\_\_\_\_

6.アレルギーがありますか？あれば何にですか。 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_

7.何か薬を飲んでいますか？あれば何ですか。 (はい・いいえ) \_\_\_\_\_

8.どんな性格ですか。

神経質                  人見知りをする                  恐怖心が強い                  泣き虫  
うちべんけい          甘えっ子                  その他 (                  )

9.以下のもので当てはまるものがあれば○をつけてください。

心臓疾患                  肝 炎                  口唇・口蓋裂  
リュウマチ熱              糖尿病                  関節炎  
呼吸障害                  喘 息                  腎臓障害  
貧 血                  肝臓障害                  発話・聴覚障害  
てんかん・ひきつけ  
その他の身体的・精神的障害

備考： \_\_\_\_\_

10.最近、家族の中で上記（10.）の病気が生じた人がいますか？

あればそれは何ですか。

\_\_\_\_\_

11.今までに口唇（くちびる）口蓋（上あご）の手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

あればいつですか。

		医療機関・医師名	年月日	年齢
口唇	1回目			才    ヲ月
	2回目			才    ヲ月
	3回目			才    ヲ月
口蓋	1回目			才    ヲ月
	2回目			才    ヲ月
	3回目			才    ヲ月