氏名	漢字だけで OK		患者 ID	キレカル ID		予約日時	YYYY/MM/DD
年齢	歳	性別		身長	cm	体重	kg

保護者情報

氏名	漢字だけで OK	続柄	
職業	□会社員　□自営業　□その他（　　）	連絡先	

1.　気になっているポイント

□ **でこぼこ・ガタガタ・八重歯（叢生）**	□ **かみ合わせが深い（過蓋咬合）**
□ **出っ歯（上顎前突）**	□ **笑った時に上の歯茎が見える（ガミースマイル）**
□ **受け口（反対咬合）** *1	□ **口ゴボ（上下顎前突）** *1,*2
□ **すきっ歯（空隙歯列）**	□ **歯の形や大きさが気になる**
□ **前歯が閉じない（開咬）** *1	□ **歯の色が気になる**
□ **中心がずれている（正中不一致）** *1	□ **その他**

*1 症状が強い場合は適応にならない場合があります。

*2 歯科矯正学ではこのような表現は存在しません。矯正歯科領域では、一般的に上下顎前突、上顎前突、下顎後退症等、口元が突出している状態のことが言われるケースが多い。

2.　主訴（どこが気になっていますか）ご自身の言葉で具体的にご記入いただき、あわせて治療のご希望もご記載ください。

[　　]

3.　1 はどなたが気にしていますか

□ ① 親が気にしている　　□ ② 本人が気にしている

4.　悪習癖はありますか

□ なし　　□ あり：　（ □ 口呼吸　□ 舌癖　□ 指しゃぶり・爪をかむ ）

5.　成長について（男性は変声、女性は初潮）

□ なし　　□ あり：　いつ頃　[　　]

6.　ご家族や親族に不正咬合の方はいらっしゃいますか

□ なし　　□ あり：　続柄と症状 [　　]

7.　現在治療中の歯はありますか

□ なし　　□ あり：　□ むし歯　部位 [　　]
□ 詰め物・被せ物　種類・部位 [　　]

8.　今までに矯正治療をしたことはありますか

□ なし　　□ あり：　□ ワイヤー矯正　[時期：　　]
□ マウスピース矯正 [時期：　　]
□ 小児矯正　[時期：　　]

9.　顔や顎を強くぶつけた経験

□ なし　　□ あり：　いつ　[　　]
部位　[　　]
治療法 [　　]

10.　麻酔で問題があったことはありますか

□ 問題なし / 麻酔経験なし　　□ あり：　症状 [　　]

11.　現在、治療中の病気や服用している薬はありますか

□ なし　　□ あり：　病名 [　　]
服薬 [　　]

12.　今までに大きな病気（先天性疾患含む）や怪我をしたことがありますか

□ なし　　□ あり：　病名 [　　]

13.　アレルギー

□ なし　　□ あり：　□ 金属アレルギー [服用中の薬：　　]
□ 花粉・鼻づまり [服用中の薬：　　]
□ その他　[服用中の薬：　　]

14.　引っ越し予定

□ なし　　□ あり：　時期 [　　]