

# こども矯正相談カード

カルテ NO \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_ 生年月日 平成 年 月 日

お子様の氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才

以下の質問は診療を行っていくうえで大切なことなので、できるだけ正確に記入してください。

これらの個人情報については厳重に取扱い、治療以外の目的に用いることはありません。

◆ 現在のお子様のどのような歯並びでお悩みですか？(複数回答 可)

1. 受け口が気になる
2. 歯が出ていることが気になる
3. 歯と歯の間の隙間が気になる
4. 歯並びが、がたがた・でこぼこ
5. 永久歯がきれいに並ぶかが気になる
6. その他( \_\_\_\_\_ )

◆ 歯並びを気にされるようになったのはどのようなきっかけですか？

1. 他の歯科医院から指摘された
2. 学校歯科健診で指摘された
3. 家族・友人からの指摘
4. その他( \_\_\_\_\_ )

◆ 歯並びの相談をしたことがありますか？ ( ない ・ ある )

◆ ご家族の中で歯並びの悪い方はいらっしゃいますか？(矯正経験を含みます)

1. 祖父母 ( \_\_\_\_\_ )
2. 父親 ( \_\_\_\_\_ )
3. 母親 ( \_\_\_\_\_ )
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆ お子様はふだん口を開いていることが多いですか？ ( はい ・ いいえ )

◆ 鼻づまりになりますか？ ( はい ・ いいえ )

◆ 下記のようなくせがありますか？該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

- ・指しゃぶり
- ・舌や唇をかむ、吸う
- ・毛布や衣類を吸う
- ・爪や鉛筆をかじる
- ・ほおづえをつく
- ・猫背
- ・背筋がのびずにもものにもたれかかる
- ・横向きで寝る

◆ その他お聞きになりたいことなどご自由にお書きください。