

受診申込書

野村矯正歯科クリニック

年 月 日 No.

(ふりがな)	
患者氏名	男・女
生年月日 S・H	年 月 日生(満才ヶ月)
住所	
携帯 - - / 自宅() -	
学校名または勤務先	クラブ・趣味
紹介者または当院を知った方法	
かかりつけの歯医者さん	
保護者氏名	職業・勤務先

(1) 現在の歯並びでどこが気になりますか？

(2) 家族あるいは親類の方で患者さんと似た歯並びの方がいらっしゃいますか？

(3) 今までの重い病気、現在治療を受けている病気 病名() いつ()

(4) 現在または過去において次に挙げる癖はありましたか？

- ・指しゃぶり・唇を咬む・爪を咬む・唇を吸う・歯ぎしり
- ・普段口を開けている・口を開けて寝る

(5) 鼻、のどの病気はありますか？ なし・あり()

(6) 扁桃腺は腫れますか？ 腫れない・腫れる・除去

(7) アレルギーはありますか？ なし・あり…食べ物() 薬() その他()

(8) 今の歯並びに気付いたのはいつ頃ですか？

- ・乳歯の時・永久歯に代わる頃・永久歯になってから

(9) 口の中の病気(虫歯以外)をしたことがありますか？ なし・あり()

(10) 顔や口、歯を強く打った事がありますか？ なし・あり()

(11) 歯医者さんで注射を受けた事がありますか？ なし・あり()

(12) 血が止まりにくい事がありましたか？ なし・あり()

(13) 口を開けたり閉じる時に、あごに音がしたり痛みを伴う事がありますか？ なし・あり()

(14) これまでに肝炎にかかった事がありますか？ なし・あり()

(15) 乳歯の虫歯について 多かった・少なかった・1本もなかった

(16) 歯みがきについて 1日 回

(17) 現在、楽器(吹く楽器)を演奏することがある又はその予定がありますか？ なし・あり()

(18) その他、治療に参考になる事柄をお書き下さい。