

カルテ No. \_\_\_\_\_ 受付日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_

## 顎関節症に関する問診票

当医院は、あなたの健康状態を知り、安全な歯科治療に努めたいと考えています。  
下記質問へのご回答をお願いいたします。

- 1.顎を動かすと音がする。
- 2.大きく口を開けると痛んで開けられない、もしくは噛むと耳の前辺りに痛みが出る。
- 3.朝起きた時などに、頬つぺたの辺りがだるい気がする。
- 4.食事をするときに、右左のどちらか片方で噛む頻度が高い。(片噛みになっている。)
- 5.歯ぎしりをしていると言われたことがある。
- 6.何かに集中している時などに、つつい噛みしめ(食いしばり)をしていることが良くある。
- 7.頬杖を良くつく。
- 8.寝る時はうつぶせ寝が多い。
- 9.歯列矯正をしたことがある。
- 10.最近顎を強く強打したことがある。
- 11.片頭痛がある。
- 12.顎関節症の治療を受けたことがある。

以上

ご回答ありがとうございました。