

# 問診表

## 既往事項の質問事項

氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

住所；〒 \_\_\_\_\_

---

電話番号 \_\_\_\_\_ 職業； \_\_\_\_\_

紹介医 \_\_\_\_\_

婚姻状態

1 未婚 2 既婚 3 離婚 4 未亡人

主訴；あなたの痛み、あるいは問題はどのようなものですか？

1 頭痛 2 耳痛 3 その他 \_\_\_\_\_

あなたの疼痛障害を表現してください。

発症時期；最初に痛み、または問題に気づいたのはいつですか？日時・突然か徐々にか？

どのくらいの期間続きますか？一定にずっと続くのか？周期的に痛むのか？いつ、どんなときに？

どのように経過していますか？

1 疼痛 2 関節雑音 3 開口障害 4 その他 \_\_\_\_\_

---

この問題のために、今服用しているあるいは服用した薬を全て書いてください。

服用日付・薬剤名・処方者；

- かみ合わせがきつuitと感じたことはありますか？ はい・いいえ
- 現在、顎関節か筋肉の痛みがありますか？ はい・いいえ
- 顎関節の痛みや不快感が、仕事や他の活動の妨げになることがありますか？ はい・いいえ
- この問題や痛みが軽減したり、完全になくなったと気づくことがありますか？ はい・いいえ
- 憂鬱ですか？ はい・いいえ
- 精神科医の治療を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- 不眠症ですか？ はい・いいえ
- 便秘勝ちですか？ はい・いいえ
- 生理不順がありますか？ はい・いいえ
- 仕事・家族・社会・学校等でストレスが多いですか？ はい・いいえ
- 1日1杯以上アルコールを呑みますか？ はい・いいえ
- 煙草・葉巻・パイプを吸いますか？ はい・いいえ
- あなたの痛みはストレスと関係していると思いますか？ はい・いいえ
- スプリント・バイトプレート、その他の装置を入れていますか？又、入れたことがありますか？  
はい・いいえ
- 不正咬合を治療したことがありますか？ はい・いいえ
- 矯正治療をしたことがありますか？ はい・いいえ
- 後方歯（臼歯）が欠如していますか？ はい・いいえ
- 部分床義歯（自分で取り外しできる入れ歯）を入れていますか？ はい・いいえ

- 顎関節症、又は、顔面筋肉の痙攣を感じたことがありますか？ はい・いいえ
- 歯や顎が気になって、目を覚ましたことがありますか？ はい・いいえ
- 日中、歯を食いしばっているのに気づいたことがありますか？ はい・いいえ
- 眠っている時に、歯ぎしりをすると誰かに言われますか？ はい・いいえ
- 咬むと歯が痛いですか？ 右側・左側 はい・いいえ
- 目・耳・その他の体の部分に痛みがありますか？ はい・いいえ  
目（右・左） 耳（右・左） その他の部位（\_\_\_\_\_）
- 難聴ですか？ 右側・左側 はい・いいえ
- 緊張性の頭痛がありますか・ はい・いいえ
- ときどき、頭痛がありますか？ 側頭部・後頭部 はい・いいえ
- 肩の筋肉がこったり、肩が痛んだりしますか？ 右側・左側 はい・いいえ
- 口を大きく開けにくいですか？ はい・いいえ
- 関節炎（肩・肘・腰・膝等）になった事がありますか？ はい・いいえ
- 家族又は、親戚に関節炎や痛風の人がありますか？ はい・いいえ
- 頭や顎の横を激しく殴られたことがありますか？ 右側・左側 はい・いいえ
- 顎関節が痛んだことがありますか？ 右側・左側 はい・いいえ
- 顎関節にキーキーきしむ音・がりがり音・カチカチ音あるいはポコンポコン音などがしたことがありますか？ 右側・左側 はい・いいえ

### Question 1

- 1 物を咬むときに痛みを感じますか？ はい・いいえ
- 2 大きな口を開けた時（あくびや食事の時等）、痛みを感じることはありませんか？ はい・いいえ
- 3 顎から雑音が生じて、自分や他人が不快感を感じることもある。 はい・いいえ
- 4 耳又は、耳の少し前方の部分に痛みを感じることはありませんか？ はい・いいえ
- 5 顔面・あご・のど・目・首・こめかみ（側頭部）等に、痛みを感じることはありませんか？ はい・いいえ
- 6 頭痛を感じることはありませんか？ はい・いいえ

### Question 2

- 1 痛みや不快感のために、寝れない事がよくありますか？ はい・いいえ
- 2 痛みや不快感のために、日常生活がうまくいかないと思っっていますか？ はい・いいえ
- 3 精神安定のための薬を何か常用していますか？ はい・いいえ
- 4 不快感や痛みを緩和するために、何か薬を常用していますか？ はい・いいえ

### Question 3

- 1 あなたが睡眠中、歯ぎしりをしているのを自分自身又は、他の人が気づいていますか？ はい・いいえ
- 2 あなたは、よく歯を食いしばったりしている事がありますか？ はい・いいえ
- 3 朝起きたとき、次のようなことに気づく事がありますか？
  - A 顎がこわばったり、硬直した感じがする。 はい・いいえ
  - B 顎や歯に痛みを感じる。 はい・いいえ
  - C 顎の関節の部分に不快感がある。 はい・いいえ
  - D 頭痛がする。 はい・いいえ
- 4 食事の後に、よく顎が疲れますか？ はい・いいえ
- 5 食事のとき、顎の両側ではなく、左右どちらか一方だけで、咬んでいますか？  
右側・左側 はい・いいえ

### Question 4

- 1 今まで、首や肩又は背中に、いつも痛みを感じることはありませんか？ はい・いいえ
- 2 むち打ち症などになったことはありませんか？ はい・いいえ
- 3 かいよう性又は神経性胃炎になった事がありますか？ はい・いいえ
- 4 今まで、便秘症や大腸炎になった事がありますか？ はい・いいえ
- 5 関節炎（肩・肘・腰・膝等）にかかっていますか？ はい・いいえ

お疲れ様でした。

あなん歯科医院