

# 歯並び相談・口腔機能外来 問診票 ①

お子さまの口腔機能に関する問診票です。  
歯並び相談の際に必要なになります。

★ 当てはまるものにチェックか○、空欄に記入をお願いいたします。

- ① 現在、かかりつけの歯科はありますか。  
 あり (医院名： )  
 (唾液検査： 受けている ・ 受けていない)  
 なし
- ② 歯並び・矯正相談は初めてですか。  
 初めて  
 初めてではない (相談医院名： )
- ③ いつから歯並びが気になり始めましたか。  
 0歳～3歳から  
 4歳～6歳から  
 永久歯が生えてから  
 その他 ( )
- ④ 歯並びを気にしている方はどなたですか。  
 父  母  本人  その他 ( )
- ⑤ ご家族で歯列矯正を経験している方はいますか。  
 経験あり  
 父 (症状： 治療法： )  
 母 (症状： 治療法： )  
 経験なし
- ⑥ これからの改善法について、考えの近いものを教えてください。  
 ワイヤー・金属装置で治療したい  
 マウスピースで改善したい  
 歯並びに影響する原因から改善したい  
 どんなものがおすすめか知りたい



# 歯並び相談・口腔機能外来 問診票 ②

お子さまのご家庭での様子についての問診です。

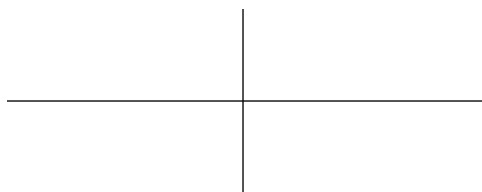
★普段のお子さまの様子で当てはまるものにチェックを付けて下さい。

- いつもお口がポカンと開いている、うっすらと開いている  
(どんな時・頻度 )
- 口臭がある ( 起床時 ・ 日中 ・ その他 )
- アレルギー性鼻炎がある  
( 花粉 ・ ダニ ・ ハウスダスト ・ その他 )
- 風邪を引きやすい
- 扁桃肥大・アデノイドが大きいと言われた事がある
- 食事時、クチャクチャ音がする
- 口からの食べこぼしが多い
- 姿勢が悪い ( 猫背(巻き肩) ・ 反り腰 ・ 体幹が弱い )
- 食いしばりや夜中の歯ぎしり・いびきがある  
(頻度 )
- 指しゃぶりがあある、またはあった  
(どの指・頻度 )
- 爪噛みがある、またはあった  
(どの指・頻度 )
- ものを噛む癖がある、またはあった  
(どんなもの・頻度 )
- 唇を吸ったり、くわえたりしている  
( 上唇 ・ 下唇 ・ 両方 頻度 )
- 滑舌が悪い、発音が不明瞭  
( サ行 ・ タ行 ・ カ行 ・ その他 )
- 口を閉じると顎にシワができる
- 唇がへの字になっている
- 唇が分厚い
- 表情に締まりがない
- 顎の関節がカクカクと音がする、疼痛がある
- 5歳以上になっても常習的に夜尿症がある
- ガラガラうがいができない



# 歯並び相談・口腔機能外来 Dr.チェック表

① 歯式・咬み合わせ



- 上顎前突
- 下顎前突
- 過蓋咬合
- 叢生 ( 上顎 ・ 下顎 )
- 開咬
- 交叉咬合
- 切端咬合
- 正中離開
- V字歯列
- 台形歯列
- 高口蓋

② 舌挙上検査

大開口時の舌挙上

- スポットにつく
- 70~80%挙上できる
- 70%以下

舌小帯の太さ・位置

- 太い ・ 細い
- 前方 ・ 後方
- 短い・普通

③ 扁桃腺の大きさ

- 肥大している
- 異常なし

④ 鼻呼吸検査 (ブレスケール)

- 鼻閉あり ( 右 ・ 左 )
- 鼻閉なし

⑤ 嚥下検査

口腔内に少量の水をため嚥下する (2~3回)

- 口唇緊張あり
- 口唇緊張なし
- 舌突出あり
- 舌突出なし

⑥口唇圧検査 3回の平均を出す ( 、 、 ) 平均 ( )

⑦ 総括

診断名：口腔機能発達不全症による不正咬合

