

**医師記入欄**

患者 ID :

名前 :

**質 問 表**

顎関節症外来 初診時質問表 1/2

20 年 月 日

氏名 : ( 歳) 男 ・ 女

担当医 : \_\_\_\_\_

○今、あなたが最も困っていること（症状）は何ですか？

○いつごろ気付きましたか？ きっかけはありますか？

○症状は今日まで変わってきましたか。

○この症状について、これまでに他の科、他の病院にかかったことがありますか。

○次の病気やけがをしたことがありますか。または現在治療中ですか。

肝炎（A・B・C）、関節炎、関節リウマチ、膠原病、耳疾患、副鼻腔炎、顎骨炎、  
顎骨骨折、むち打ち症、頭部打撲、自律神経失調症、更年期障害、うつ病、アレルギー、  
その他（ ）

○現在、服用している薬はありますか。      いいえ      はい（ ）

**痛み**

1. 左右どちらかのあご、こめかみ、耳の中、または耳の前に痛みを感じたことがありますか？

いいえ      はい      ※質問1に「いいえ」と答えた方は質問5へ

2. あご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが最初に起きたのは、何年前、または何か月前ですか？

\_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_か月

3. 過去30日間に、左右どちらかのあご、こめかみ、耳の中、  
または耳の前にあった痛みを一番よく表しているのは、  
次のうちどれですか？ 1つ選んでください。

- 痛みなし
- 痛みが出たり、消えたり
- いつも痛みがある

※「痛みなし」と答えた人は質問5へ

4. 過去30日間に、左右どちらかのあご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが、次の動作で変化  
(すなわち、良くなったり、悪くなったり) しましたか？

- A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ      いいえ      はい
- B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす      いいえ      はい
- C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、  
ガムを噛むといったあごの習慣      いいえ      はい
- D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作      いいえ      はい

※裏面もありますのでご記入ください

**頭痛**

5. 過去 30 日間で、こめかみ付近を含む頭痛がありましたか？  
いいえ      はい      ※質問 5 に「いいえ」と答えた方人は質問 8 へ
6. こめかみの頭痛が最初に始まったのは、何年前あるいは何か月前ですか？  
 \_\_\_\_\_年      \_\_\_\_\_か月
7. 過去 30 日間に、左右どちらかのこめかみの頭痛が、次の動作で変化（すなわち、良くなったり、悪くなったり）しましたか？
- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ                         | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす                       | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作             | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

**顎関節雑音（あごの関節の雑音）**      【】の部分は記入不要です

8. 過去 30 日間に、あごを動かしたり、使ったりしたときに関節に雑音がありましたか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】

**あごのクローズロック（口が開けられなくなる）**      【】の部分は記入不要です

9. これまでに、ほんの一瞬でも、あごが動かなくなったり、引っかかったりして、そのために口を完全には開けられなくなったことがありますか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】

※質問 9 に「いいえ」と答えた方人は質問 13 へ

10. あごが動かなくなったり、引っかかったりしたために、口の開く量が制限されたり、食事の妨げになったりしましたか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】
11. 過去 30 日間に、ほんの一瞬ではあっても、あごが動かなくなって、口を完全には開けられなくなり、それから引っかかりが外れて、口を十分に開けられるようになったことがありましたか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】

※質問 11 に「いいえ」と答えた方人は質問 13 へ

12. 現在、あごが動かなくなっていたり、口の開きが制限されていたりするため、口が完全には開かない状態ですか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】

**あごのオープンロック（口が閉じられなくなる）**      【】の部分は記入不要です

13. 過去 30 日間に、口を大きく開けたときに、ほんの一瞬であっても、あごが動かなくなったり、引っかかったりして口を大きく開けた位置から閉じられなくなったことはありますか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】
14. 過去 30 日間に、大きく口を開けた位置であごが動かなくなったり、引っかかったりしたときに、口を閉じるためにあごを安静にしたり、動かしたり、押したり、手で動かしたりとか何かしないとイケなかったことはありますか？  
いいえ      はい      【 右    左    わからない 】

# QOL attributed TMD

ID: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ ( 歳) 男・女 担当医: \_\_\_\_\_

記入日: 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 ( 初診時・治療中・終診時)

Total = \_\_\_\_\_ Functional (1-8) = \_\_\_\_\_  
Psychosocial (9-16) = \_\_\_\_\_

過去1カ月間に、アゴの不調により次のようなことがありましたか？ 一番よくあてはまるものに○印をつけて下さい		全く 無い	ほとん ど無い	時々 ある	よく ある	いつも ある
1	ワカメ、レタスなどの薄い食品をすりつぶせない	0	1	2	3	4
2	あくびをすることが困難	0	1	2	3	4
3	朝起きたときに、顎の痛みやこわばりを感じる	0	1	2	3	4
4	食事を中断しなければならなかった	0	1	2	3	4
5	食べ物が噛みづらかった	0	1	2	3	4
6	特定の食品を避けなければならなかった	0	1	2	3	4
7	口の中につらい痛みを感じた	0	1	2	3	4
8	入れ歯やかぶせ物が、きちんと合っていないと感じた	0	1	2	3	4
9	頭痛がした	0	1	2	3	4
10	悩んだり不安を感じたりした	0	1	2	3	4
11	気が張り詰めたり、緊張したりした	0	1	2	3	4
12	リラックスできなかった	0	1	2	3	4
13	物事に集中できなかった	0	1	2	3	4
14	ゆううつになった	0	1	2	3	4
15	夜、ふとんに入ってすぐに眠れない	0	1	2	3	4
16	睡眠中、途中で目覚めてしまう	0	1	2	3	4

※今の顎の痛みや不調があなたの日常生活にどれくらい障害をきたしているかを評価してください。

”0”が「全く障害がない」、”10”が「全く活動ができない」とし、数字を○で囲ってください。

0 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10

## 口腔行動チェックリスト (Oral Behavior Checklist)

患者 ID \_\_\_\_\_ 患者名 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

過去1か月間に、次の各活動をどの程度行いましたか？活動の頻度に変化する場合には、頻度が高い方を選んでください。それぞれの項目に「✓」をつけて教えてください。また、全ての項目にお答えください。

睡眠中の活動		まった くない	1夜未 満 /月	1~3夜 /月	1~3夜 /週	4~7夜 /週
1	あなたが知っている範囲で、睡眠中に歯をくいしばったり歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/>				
2	あごに圧力が加わるような姿勢で寝る（例えば、うつぶせ、横向きなど）	<input type="checkbox"/>				
起きている時間の活動		まった くない	少しの 時間	ときどき	ほとん どの 時間	いつも
3	起きている時間に歯ぎしりをする	<input type="checkbox"/>				
4	起きている時間に歯をくいしばる	<input type="checkbox"/>				
5	食事中以外で、上下の歯を押し付けたり、触れさせたり、咬み合わせたままにする（つまり、上下の歯が接触する）	<input type="checkbox"/>				
6	上下の歯をくいしばったり、咬み合わせたりせずに、筋肉をそのままの状態にしたり、固くしたり、緊張させたりする	<input type="checkbox"/>				
7	顎を前方や横に動かしたままにしたり、突き出したりする	<input type="checkbox"/>				
8	舌を歯に強く押しつける	<input type="checkbox"/>				
9	舌を上下の歯の間に置く	<input type="checkbox"/>				
10	舌、頬、唇をはさんだり、繰り返して咬んだり、もてあそんだりする	<input type="checkbox"/>				
11	たとえば、あごを固定したり保護したりするために、こわばった、または緊張した位置にあごを保持する	<input type="checkbox"/>				
12	たとえば髪の毛、パイプ、鉛筆、ペン、指、爪といったものを上下の歯の間にはさんだり、咬んだりする	<input type="checkbox"/>				
13	チューインガムをかむ	<input type="checkbox"/>				
14	口やあごを使う楽器を演奏する（たとえば木管楽器、金管楽器、弦楽器など）	<input type="checkbox"/>				
15	たとえば、ほおづえをつくといったように、手であごを支える	<input type="checkbox"/>				
16	片側だけで食べものを噛む	<input type="checkbox"/>				
17	間食をとる（噛む必要がある食べ物）	<input type="checkbox"/>				
18	話し続ける（たとえば、授業、販売、接客対応など）	<input type="checkbox"/>				
19	歌を歌う	<input type="checkbox"/>				
20	あくびをする	<input type="checkbox"/>				
21	頭と肩の間に電話の受話器をはさむ	<input type="checkbox"/>				