

# 質 問 表

顎関節治療部 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？

○いつごろ気づきましたか？ 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、

痛みなし

または耳の前にあった痛みを一番よく表しているのは、

痛みが出たり、消えたり

次のうちどれですか？ 1つ選んでください。

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

