

くいしばり・顎関節外来 治療前アンケート

お名前： _____,

男性・女性, ご年齢 _____ 歳 (大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生)

ご職業：

ご記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

このアンケートは、診療をするうえで貴重な情報となります。

ご協力をお願いいたします。

1. 受診を希望される理由をお聞かせください。

あごの痛み、口が開かない、あごの音、その他 (_____)

上記に記入された症状はいつから感じられていましたか? (_____ から)

2. 下記についてお尋ねします。

初めの症状は?

痛み (右・左)・口が開かない・あごの音 (右・左)・その他 (_____)

初めの症状を気づかれてから来院までの期間は? (_____ から)

以下の症状はありますか?

頭痛・顔の痛み・歯の痛み

該当するくせはありますか?

歯ぎしり・かみしめ・片側でものをかむ・ほおづえ・くちびるをかむ・

つめをかむ・舌を変に動かす・硬いものが好き

楽器演奏はしますか? はい (楽器の名称 _____)・いいえ

あごの関節の病気で他の歯医者さんや病院で治療を受けられたことはありますか?

なし・あり (治療科: _____ 内容: _____)

3. 以下の病気はありますか?

はい・いいえ

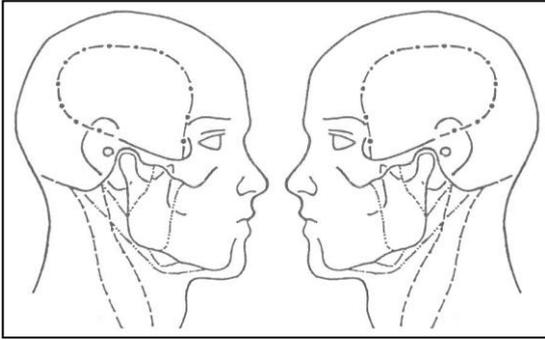
はいと答えられた場合、病名に○をおつけください。

慢性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎、皮膚筋炎、血管炎症候群、ベーチェット病、成人発症スチル病、リウマチ性多発筋痛症、強直性脊椎炎、乾癬性関節炎、反応性関節炎、痛風、パーキンソン病、三叉神経痛、舌咽神経痛、精神神経科疾患

4. 現在の症状についてお聞きします。

痛みについて

下記の図に痛みがある部位を○、違和感がある部位を△でご記入ください



痛みの出る時期：朝・昼・晩・その他（_____）

痛みの種類：顎を動かしたとき・押したとき・何もしないで痛い・鋭い痛み・鈍い痛み

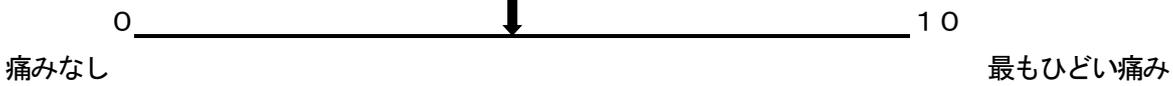
痛みはいつ起こるか：顎をゆったりしているとき・物を食べているとき・口をあけたとき・
顎を動かしたとき（前・右・左）・かみしめたとき

痛みの続き方：一時的・ずっと持続的に・時折・常に・その他（_____）

痛みは広がりますか？：はい・いいえ

感じられる痛みの程度を例に従って印でご記入ください。

例) 痛みが「最もひどい痛み」と「痛みなし」の中間と感じたとき



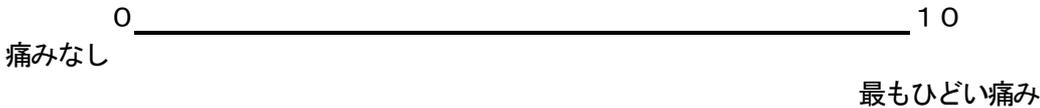
1) 現在の右側の咬んだときの痛みは、どの位ですか？



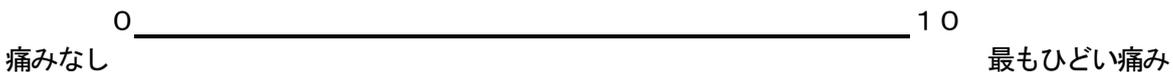
2) 現在の右側の口を開けたときの痛みは、どの位ですか？



3) 現在の左側の咬んだときの痛みは、どの位ですか？



4) 現在の左側の口を開けたときの痛みは、どの位ですか？



口は開きますか？

十分に開く、十分ではないが開く、ほとんど開かない

あごの音はしますか？

しない

する（部位：右、左）

する場合の音の種類

右：カクカク、ザラザラ、その他（_____） 左：カクカク、ザラザラ、その他（_____）

音がする場合に痛みはありますか

右： あり、なし

左： あり、なし

ご協力ありがとうございました。

おのざわ歯科クリニック くいしばり・顎関節外来