質問票 記入日　　年　　月　　日

患者氏名　　（　　歳）

電話番号　　（　　）

1. 今，最も困っていること（症状）は何ですか

2. 最初に気づいたのは，いつ頃からですか

3. 何か，きっかけになったことがありますか

4. 症状は今日まで変わってきましたか

5. その症状について，これまでに他の病院，他の診療科にかかったことがありますか

（以下の項目であてはまるものを○で囲んでください）

6. 痛みについて

・痛みがありますか　　ある　　ない

・今回の痛みはいつから始まりましたか　　年　　カ月　　日前から　　（　　歳頃から）

・どこが痛みますか　　右・左，あごの関節，ほほ，くび，頭
その他（　　）

・どのような時に痛みますか　　じっとしている時，口を大きく開けようとする時，食べ物をかみしめる時
その他（　　）

・どのような痛みですか　　不快感，にぶい痛み，ずきずきする痛み，鋭い痛み
その他（　　）

（裏面へつづく）

7. あごの動きについて

・口を大きく開けられますか　　はい　いいえ

いいえと答えた方：口を大きく開けられなくなったのはいつ頃ですか

年　カ月　日前から（　歳頃から）

・口が閉じなくなったことがありますか　いいえ　はい（たまに，時々，頻繁に）

・口の開閉時に音がしますか　いいえ　はい（右・左，カクン，パキン，ミシミシ，ガサガサ）

・初めて音に気づいたのはいつ頃ですか　年　カ月　日前から（　歳頃から）

・音の変化はありましたか　はい　いいえ

8. かみ合わせについて

・かみ合わせで気になることがありますか　いいえ　はい

・かむところがはっきりしていますか　している　していない

・かみしめるときにあごのずれを感じますか　感じない　感じる

・上記のきっかけになることがありましたか，またそれはいつですか

（　　）

9. 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，服用している薬がありますか　いいえ　はい（　　）

【医師記入欄】