

顎関節症 問診票

平成 年 月 日 記入

フリガナ
お名前 (男・女) T・S・H 年 月 日生 才

ご住所 〒 - TEL. - -

E-mail 連絡先 - -

※質問は患者さんに対する診療を安全かつ適切に行うための大切な参考資料とさせていただきます。
プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

1

1. 食事中に顎が痛みますか (はい・いいえ)
2. 厚いものをかんだり、大きく口を開けた時に痛みがありますか (はい・いいえ)
3. 口をあけたり閉じたりする時に音がしますか (はい・いいえ)
4. 耳や耳の前が痛みますか (はい・いいえ)
5. 顔、顎、のど、目、こめかみ、頸部の症状に悩まされていますか (はい・いいえ)
6. 頭痛に悩まされていますか (はい・いいえ)

2

1. あなたはそれらの痛みで眠れないことがありますか (はい・いいえ)
2. それらの痛みは日常生活の支障となっていますか (はい・いいえ)
3. なにか鎮痛剤をのんでいますか (はい・いいえ)
4. なにか精神安定剤をのんでいますか (はい・いいえ)

3

1. だれかに歯ぎしりをすると言われたことがありますか (はい・いいえ)
2. かみしめ癖がありますか (はい・いいえ)
3. 朝起きた時に下記の症状がありますか
 - 1) 顎のこわばり (はい・いいえ)
 - 2) 顎または歯の痛み (はい・いいえ)
 - 3) 顎のガクガクいう感じ、あるいは顎がひっかかってあかない感じ (はい・いいえ)
 - 4) 頭痛 (はい・いいえ)
4. 大きな肉をかんだ後、顎がだるくなりますか (はい・いいえ)
5. 片側のみでものを噛んでいますか (はい・いいえ)

4

1. 頸部、肩、背中が痛くなったことがありますか (はい・いいえ)
2. むちうち症になったことがありますか (はい・いいえ)
3. 神経性胃炎あるいは胃潰瘍ようになったことがありますか (はい・いいえ)
4. 下痢、便秘あるいは大腸炎になったことがありますか (はい・いいえ)
5. 関節炎にかかっていますか (はい・いいえ)