



# 「プレオルソ」®こども歯ならび矯正法

# News Letter

プレオルソを受講された先生方へ。

今年の冬は例年になく寒くて、荒れます。  
お体を大切に。

今回のプレオルソニュースレターは、先生方からのお問い合わせが多かった、当院の問診票をアップします。  
大人用と子供用と2つあります。  
体癖等詳しくお聞きしてます。

ご活用ください♪

「プレオルソこども歯ならび矯正法・アドバンスコース」を  
2015年4月9日(木)開催いたします。  
申し込み用紙を配布させていただきます。

このNews Letterは、私の知り合いの先生やセミナーを受講された先生を中心に送らせていただいております。  
趣旨は私が日常臨床の中で「大塚式」こども歯ならび矯正法を実践していく中で気がついたこと、改善点、新しいアイデアなどをお伝えするためのメールです。  
「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 News Letter」をPDFにて配信させていただきます。不要の方や、アドレス変更ご希望の方は下記へお願いします。  
<http://www.ooc.or.jp/preortho/newsletter/>

「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 News Letter」  
バックナンバーは、こちら  
<http://www.ooc.or.jp/preortho/newsletter/backnumber/>

ご不明な点がございましたら下記までご連絡いただければと思います。

## information

「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 News Letter」のバックナンバーページを制作致しました。  
こちらからご覧ください。

<http://www.ooc.or.jp/preortho/newsletter/backnumber/>

### 「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 DVD 販売中！！

以前、講習会を受講された先生は、¥43,200(税込)で販売致します。講習会を受講された先生、DVDを購入された先生は、プレオルソ装置を購入することができます。  
DVDは2枚組、講義シラバス(A4/118ページ)が付属しております。

DVDのイントロ部分の動画を公開しております。  
ご参考にしてみてください。

<http://youtu.be/cljsMYNiw5Q>

大塚矯正歯科クリニック  
〒700-0903 岡山市北区幸町 8-18  
Phone:086-234-0006 / Fax:086-234-3446  
Eメール info@ooc.or.jp

- ★フェイスブック ツイッター  
「大塚 淳」の実名で登録してます。  
友達申請 / フォローをお待ちしております♪
- ★「いいね」 ボタンを押して頂ければ嬉しいです♪



## 「プレオルソ」こども歯ならび矯正法 DVD

定価 48,600円(税込)  
以前、講習会を受講された先生は、¥43,200(税込) ネットからのご注文は、こちらから。  
<http://www.ooc.or.jp/preortho/>  
FAX での注文は、本PDF3ページ目の注文書にご記入頂き 086-234-3446 までお送りください。





**Otsuka  
Orthodontic  
Clinic**

問診表 / 大人用

相談報告	Dr チェック欄

# 問診表

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

Carte No. \_\_\_\_\_

**この問診表は全部で5枚になります。**

大変お手数ですが、以下の質問をよくお読みになり、該当する□印にチェックを入れてください。

尚、以下の記入項目に関する患者様の情報は、当院の診療以外の目的で使用したり、

他に公開したりすることはございませんので、ご安心ください。

フリガナ

□男 □女

氏名 \_\_\_\_\_

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_ 歳) 血液型( \_\_\_\_ )型

(ニックネーム \_\_\_\_\_)

□未婚 □既婚

住所 〒 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ※携帯のアドレスでも構いませんので、ご記入をお願いします

職業(勤務先) \_\_\_\_\_

勤務先 Tel \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

通院時間 \_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_ 分

**《家族の状況》**

続柄	年齢	歯ならび	職業/学校	続柄	年齢	歯ならび	職業/学校

※「歯ならび」の記入例

良い、普通、少し出っ歯、ひどい出っ歯、うけ口、乱杭歯、矯正済(矯正前の状態も記入)

送付	作成



1. 転居や転勤の可能性がありますか？ はい いいえ  
いつごろ \_\_\_\_\_年後 どこへ\_\_\_\_\_

2. 歯ならび(咬み合わせ)を矯正することに積極的ですか？ はい いいえ

3. 来院の動機

- ホームページ 電話帳 レディア 掲載雑誌 建物を見て 近所なので
- 知人の紹介(紹介者名 \_\_\_\_\_)
- 歯科医院の紹介(歯科医院名\_\_\_\_\_)

★当院のホームページをご覧いただいた方は、どのようなところが参考になりましたか？  
また、他に載せてもらいたい情報はありましたか？

---

---

---

---

4. 当院以外に矯正のご相談に行かれたことはありますか？ はい いいえ

5. 口元、歯ならびが気になりますか？

- すごく気になる 少し気になる わからない あまり気にならない 全く気にならない

6. 次のどのことが気になりますか？(気になること、全てにチェックをしてください)

- 歯ならびがデコボコしている 上の歯が出ている 下の歯が出ている
- 咬んだ時上の歯と下の歯が咬み合わない 咬み合わせが深い 笑った時の歯と歯茎の見え方
- 横顔(口元が前に出ている)
- その他( \_\_\_\_\_ )

7. 歯ならび(咬み合わせ)をどうしたいですか？

- 矯正治療したい わからない 問題なさそうなので、矯正の必要性は低い

8. 歯ならびが気になりだしたきっかけは何ですか？(当てはまるもの全てにチェックをしてください)

- 通っている歯科医院で指摘されて 友達に指摘されて 写真を見ていて
- いつも口を開けているので 食べ方がおかしいので 歯磨きをするのが難しいので
- 雑誌やテレビを見て 親の歯ならびが悪いので
- その他( \_\_\_\_\_ )

**9. 矯正治療について、不安に感じることはどのようなことですか？**

(不安に感じることを全てにチェックしてください)

- 費用が高額    費用の支払方法  
永久歯を抜く    矯正治療中の痛み    矯正装置が目立つ    治療方法  
先生の人柄    先生の技術    医院の雰囲気    通えるかどうか  
長期間、通院する手間  
その他( \_\_\_\_\_ )

**10. 矯正を受けると、どのようなメリットがあると思われますか？(当てはまるもの全てにチェックしてください)**

- 口元が美しくなることで、美しい顔立ちになる  
口元が美しくなることで、自分の顔に対してコンプレックスを持たなくて済む  
歯ならびが整うことで、生涯自分の歯で食べることができる可能性が高まる  
顎の痛みがなくなる可能性がある  
歯磨きをする習慣が身に付く  
正しい咬み合わせを構築することで、健康を維持することができる

**11. ご自分の性格について、どう思われますか？(当てはまるもの全てにチェックしてください)**

- 神経質    おおらか    人見知り    活発    おとなしい    怖がり    痛がり  
その他 \_\_\_\_\_

**12. その他、ご質問・ご要望がありましたら、お書きください。**

---

**★お渡しした当院の矯正治療の資料をご覧になって、どのようなところが参考になりましたか？  
また、分かりにくいところはありませんでしたか？**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



今年までに罹った病気について

- |                   |                    |          |                    |
|-------------------|--------------------|----------|--------------------|
| 1. 肝臓疾患 ( 型肝炎)    | <u>        </u> 歳頃 | 腎臓疾患     | <u>        </u> 歳頃 |
| 心臓疾患              | <u>        </u> 歳頃 | アトピー性皮膚炎 | <u>        </u> 歳頃 |
| 喘息                | <u>        </u> 歳頃 | 消化器疾患    | <u>        </u> 歳頃 |
| その他(            ) | <u>        </u> 歳頃 |          |                    |

2. 薬品や食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 薬品名\_\_\_\_\_ 食品名\_\_\_\_\_

3. 歯科医院で歯を抜いたことがありますか？ はい いいえ  
 その時に気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ

4. 出血が止まりにくいことはありますか？ はい いいえ

5. 現在病気で通院していますか？ はい いいえ  
 病名\_\_\_\_\_ 病院名\_\_\_\_\_  
 常用している薬\_\_\_\_\_

6. 母乳保育でしたか？ はい いいえ  
 それは何歳までですか？ (    )歳まで  
 授乳の方法 母乳 混合栄養 人工栄養(哺乳瓶)  
 おしゃぶりを使いましたか？ はい いいえ

7. 口で呼吸する癖がありますか？ はい いいえ  
 鼻がよくつまりますか？ はい いいえ  
 のどがよく腫れますか？ はい いいえ  
 中耳炎をよくおこしますか？ はい いいえ  
 顎や歯を強く打ってけがをしたことがありますか？ はい いいえ  
 乳歯の頃、虫歯は多かったですか？ はい いいえ

8. 顎の関節で音がすることがありますか？ はい いいえ  
 顎の関節が痛むことがありますか？ はい いいえ  
 口を大きく開けられないことがありますか？ はい いいえ

9. 睡眠中に:  
 歯ぎしりをする。 はい いいえ 毎晩 時々  
 いびきをかく。 はい いいえ 毎晩 時々  
 特定の姿勢で寝る。 はい いいえ 毎晩 時々

歯ならびと癖について

1. いつ頃歯ならびの悪いことに気づきましたか？

- 乳歯の頃      永久歯に生えかわる頃      永久歯になった後  
学校歯科医に指摘されて      歯科医院で指摘されて      不明

2. 気づいた頃と比べて

- 特に変化はない      ゆっくりと悪くなってきた      急に悪くなってきた      よくわからない

3. 次にあげる癖は歯ならびに関係します。該当するものがあればご記入ください。

- |                                  |             |    |             |    |                              |                             |                             |
|----------------------------------|-------------|----|-------------|----|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 指をしゃぶる  | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 唇を噛む    | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 爪を噛む    | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 頬杖をつく   | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 片側だけで咬む | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> うつぶせ寝   | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |

ありがとうございました。



**Otsuka  
Orthodontic  
Clinic**

**問診表 / 子供用**



相談報告	Dr チェック欄

# 問診表

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

Carte No. \_\_\_\_\_

## この問診表は全部で5枚になります。

大変お手数ですが、以下の質問をよくお読みになり、該当する□印にチェックを入れてください。

尚、以下の記入項目に関する患者様の情報は、当院の診療以外の目的で使用したり、他に公開したりすることはございませんので、ご安心ください。

## 本人

フリガナ \_\_\_\_\_ 男 女

氏名 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳) 血液型( \_\_\_\_\_ )型

(ニックネーム \_\_\_\_\_)

住所 〒 \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Fax \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ ※携帯のアドレスでも構いませんので、ご記入をお願いします

在学学校名 \_\_\_\_\_

第 \_\_\_\_\_ 学年 部活動・習い事 \_\_\_\_\_

通院時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

## 保護者

フリガナ \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

続柄 父 母 ( \_\_\_\_\_ )

住所 同上

Tel \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

〒 \_\_\_\_\_

携帯 \_\_\_\_\_ (父・母)

E-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

職業(勤務先) \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

## 《家族の状況》

続柄	年齢	歯ならび	職業/学校	続柄	年齢	歯ならび	職業/学校

※「歯ならび」の記入例

良い、普通、少し出っ歯、ひどい出っ歯、うけ口、乱杭歯、矯正済(矯正前の状態も記入)

送付	作成

1. 転居や転勤の可能性がありますか？ はい いいえ  
いつごろ \_\_\_\_\_ 年後 どこへ \_\_\_\_\_

2. 本人は歯ならび(咬み合わせ)を矯正することに積極的ですか？ はい いいえ

3. 保護者は本人の歯ならび(咬み合わせ)を矯正することに積極的ですか？ はい いいえ

#### 4. 来院の動機

ホームページ 電話帳 レディア 掲載雑誌 建物を見て 近所なので

知人の紹介(紹介者名 \_\_\_\_\_)

歯科医院の紹介(歯科医院名 \_\_\_\_\_)

★当院のホームページをご覧いただいた方は、どのようなところが参考になりましたか？  
また、他に載せてもらいたい情報はありましたか？

---

---

---

---

5. 当院以外に矯正のご相談に行かれたことはありますか？ はい いいえ

#### 6. お子様の口元、歯ならびが気になりますか？

すごく気になる 少し気になる わからない あまり気にならない 全く気にならない

#### 7. 次のどのことが気になりますか？(気になること、全てにチェックをしてください)

歯ならびがデコボコしている 上の歯が出ている 下の歯が出ている

咬んだ時上の歯と下の歯が咬み合わない 咬み合わせが深い 笑った時の歯と歯茎の見え方

横顔(口元が前に出ている)

その他( \_\_\_\_\_ )

#### 8. お子様の歯ならびをどうしてあげたいですか？

矯正治療してあげたい わからない 問題なさそうなので、矯正の必要性は低い

#### 9. お子様の歯ならびが気になりだしたきっかけは何ですか？(当てはまるもの全てにチェックをしてください)

通っている歯科医院で指摘されて 学校検診で指摘されて 友達に指摘されて

本人の顔立ちを見ていて 本人の写真を見ていて いつも口を開けているので

本人が気にしている 食べ方がおかしい 歯磨きをするのが難しい

雑誌やテレビを見て 他のお母さんから聞いて 保護者の歯ならびが悪い

その他( \_\_\_\_\_ )

10. 矯正治療について、不安に感じることはどのようなことですか？

(不安に感じることを全てにチェックしてください)

- 費用が高額    費用の支払方法  
永久歯を抜く    矯正治療中の痛み    矯正装置が目立つ    治療方法  
先生の人柄    先生の技術    医院の雰囲気    通えるかどうか  
長期間、子供を通院させる手間    長期間、子供が通院できるかどうか  
その他( \_\_\_\_\_ )

11. 矯正を受けると、どのようなメリットがあると思われますか？(当てはまるものを全てにチェックしてください)

- 口元が美しくなることで、美しい顔立ちになる  
口元が美しくなることで、自分の顔に対してコンプレックスを持たなくて済む  
歯ならびが整うことで、生涯自分の歯で食べることができる可能性が高まる  
顎の痛みがなくなる可能性がある  
歯磨きをする習慣が身に付く  
正しい咬み合わせを構築することで、健康を維持することができる

12. お子様の性格について、どう思われますか？(当てはまるものを全てにチェックしてください)

- 神経質    おおらか    人見知り    活発    おとなしい    怖がり    痛がり  
その他 \_\_\_\_\_

13. その他、ご質問・ご要望がありましたら、お書きください。

---

★お渡しした当院の矯正治療の資料をご覧になって、どのようなところが参考になりましたか？  
また、分かりにくいところはありませんでしたか？

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



今年までに罹った病気について

1. 肝臓疾患（ 型肝炎）	<u>      </u> 歳頃	腎臓疾患	<u>      </u> 歳頃
心臓疾患	<u>      </u> 歳頃	アトピー性皮膚炎	<u>      </u> 歳頃
喘息	<u>      </u> 歳頃	消化器疾患	<u>      </u> 歳頃
その他（            ）	<u>      </u> 歳頃		

2. 薬品や食品に対するアレルギーはありますか？ はい いいえ  
 薬品名\_\_\_\_\_ 食品名\_\_\_\_\_

3. 歯科医院で歯を抜いたことがありますか？ はい いいえ  
 その時に気分が悪くなったことがありますか？ はい いいえ

4. 出血が止まりにくいことはありますか？ はい いいえ

5. 現在病気で通院していますか？ はい いいえ  
 病名\_\_\_\_\_ 病院名\_\_\_\_\_  
 常用している薬\_\_\_\_\_

6. 母乳保育でしたか？ はい いいえ  
 それは何歳までですか？ (    )歳まで  
 授乳の方法 母乳 混合栄養 人工栄養(哺乳瓶)  
 おしゃぶりを使いましたか？ はい いいえ

7. 口で呼吸をする癖がありますか？ はい いいえ  
 鼻がよくつまりますか？ はい いいえ  
 のどがよく腫れますか？ はい いいえ  
 中耳炎をよくおこしますか？ はい いいえ  
 顎や歯を強く打ってけがをしたことがありますか？ はい いいえ  
 乳歯の頃、虫歯は多かったですか？ はい いいえ

8. 顎の関節で音がすることがありますか？ はい いいえ  
 顎の関節が痛むことがありますか？ はい いいえ  
 口を大きく開けられないことがありますか？ はい いいえ

9. 睡眠中に：  
 歯ぎしりをする。 はい いいえ 毎晩 時々  
 いびきをかく。 はい いいえ 毎晩 時々  
 特定の姿勢で寝る。 はい いいえ 毎晩 時々

歯ならびと癖について

1. いつ頃歯ならびの悪いことに気づきましたか？

- 乳歯の頃       永久歯に生えかわる頃       永久歯になった後  
 学校歯科医に指摘されて       歯科医院で指摘されて       不明

2. 気づいた頃と比べて

- 特に変化はない       ゆっくりと悪くなってきた       急に悪くなってきた       よくわからない

3. 次にあげる癖は歯ならびに関係します。該当するものがあればご記入ください。

- |                                  |             |    |             |    |                              |                             |                             |
|----------------------------------|-------------|----|-------------|----|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 指をしゃぶる  | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 唇を噛む    | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 爪を噛む    | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| <input type="checkbox"/> 頬杖をつく   | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> 片側だけで咬む | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |
| <input type="checkbox"/> うつぶせ寝   | <u>いつから</u> | 歳頃 | <u>いつまで</u> | 歳頃 | <input type="checkbox"/> 現在も | <input type="checkbox"/> 頻繁 | <input type="checkbox"/> 時々 |
| ( 右側 ・ 左側 )                      |             |    |             |    |                              |                             |                             |

ありがとうございました。