

顎関節症アンケート

下記の質問に対して、□にV、または記入してください。

記入日 年 月 日 氏名 男・女 年齢 歳

1. ご職業は何ですか。(具体的に)
2. 今一番困っている症状は何ですか。(左右別にVしてください)
A. あごの関節(耳の前)が痛い □右 □左 B. あごの関節以外の部位が痛い □右 □左
C. くちを開けると関節に音がする □右 □左 D. くちが開けにくい □右 □左
E. その他
3. 最初の異常に気がついたのは、いつ頃からですか。 年 月 日から、または 前
4. 最初に異常に気がついた時は、今と同じ症状でしたか。□今と同じ症状 □今とは違う症状
(違う方のみ) それはどのような症状でしたか。(左右別にVしてください)
A. あごの関節(耳の前)が痛い □右 □左 B. あごの関節以外の部位が痛い □右 □左
C. くちを開けると関節に音がする □右 □左 D. くちが明けにくい □右 □左
E. その他
5. 最初に気がついたとき、何かきっかけがありましたか。 □有 □無
(有る方のみ) どんなきっかけでしたか。
6. あごの病気に関して、他の科または他の病院にかかられましたか。 □はい □いいえ
(はいの方のみ) 科名または病院名と、その時期および治療内容を簡単にお教え下さい。
年 月から 年 月まで 病院 科
治療内容
7. 現在くちが開けにくいと感じていますか。 □はい □いいえ
(はいの方のみ) (1) (2) (3) の質問にお答えください。
(1) あてはまる症状を選んで下さい。
A. 痛みはないが、途中で引っかかってそれ以上開かない。 □右 □左
B. 途中で強い痛みがあるため、それ以上開かない。 □右 □左
C. 途中で痛みがあるが、それ以上(痛みがない時と同じくらい)開けられる。 □右 □左
D. 途中で引っ掛かる感じがするが、それ以上開けられる。 □右 □左
E. 途中で引っ掛かって開けられない時もあるが、今はいつも通り開けられる。 □右 □左
F. その他
(2) 開けにくいと感じたのはいつ頃からですか。 年 月 日から、または 前
(3) 開けにくくなる直前、大きく開けることができた時、関節はカクカク鳴っていましたか。
はい(□右 □左) □いいえ
8. 現在痛みがありますか。 □はい □いいえ
(痛みのある方のみ) 痛みの程度を下のスケールに×印を書き込んで下さい。
痛みなし | 痛みの程度 → | 最も強い痛み
9. 強く噛みしめていることがよくありますか。 □はい □いいえ
10. 歯ぎしりをしているとされたことがありますか。 □はい □いいえ
11. 食事の際、現在は左右どちらの歯で噛みますか。 □右 □左 □両方
症状が出るまではどちらで噛んでいましたか。 □右 □左 □両方
12. 前歯でうどんを噛み切ることができますか。 □はい □いいえ
硬いせんべい等はどうですか。 □はい □いいえ
するめ等はどうですか。 □はい □いいえ
(上記3つのうち、1つでもいいえの方のみ) その理由は何ですか。
□前歯が差し歯だから □前歯が噛み合わさらないから □その他

その他に困っている症状または現在病院にかかっている病気がありましたら記入してください。

どうもありがとうございました。