

顎機能についてのアンケート

【1】顎関節・筋の自覚症状

顎の痛みがありますか？	無し / 軽度 / 中等度 / 強い
顎の音がしますか？（開閉口時のクリック音など）	無し / 時々 / 頻繁に
顎が開けにくいと感じますか？	はい / いいえ
朝起きたときに顎や咬筋部の疲労感がありますか？	はい / いいえ
硬いものを噛むと顎が痛みますか？	はい / いいえ

【2】機能障害スコア（開口量・偏位）

口はどのくらい開けられますか？	物差しで計測（ mm）または 2 本指／3 本指法
開口時に顎が横にずれますか？	はい / いいえ
	「はい」とお答えの方どちらの方向にずれますか？ （ ）
食事や会話で困難を感じますか？	（ない 0 ～ 10 ある）で評価 （ ）

【3】生活習慣・行動

日中に歯を食いしばっていることがありますか？	自覚あり / 無自覚 / 指摘されたことがある
睡眠中に歯ぎしりをしますか？	あり / なし / 家族に指摘された
姿勢に問題がありますか？（スマホ首、猫背）	自覚あり / 他人から指摘
癖はありますか？	□頬杖 ・ □片側咀嚼 ・ □うつ伏せ寝 ・ □その他

【4】精神・心理的背景

ストレスを感じていますか？	ない 0 ～ 10 ある 数値記入 （ ）
睡眠の質はいかがですか？	良い / 普通 / 悪い
気分が落ち込むことがありますか？	頻度（ 時々 / 頻繁 / なし ）
不安・緊張が持続することがありますか？	あり / なし / 不明
抗不安薬・睡眠薬などの服薬歴	あり / なし お薬名記載（ ）

【5】既往歴

顎関節や咬合に関する治療歴	なし / スプリント療法 / 理学療法など
既往チェック	□頭痛・□肩こり・□耳鳴り・□めまい
睡眠時無呼吸症候群（SAS）の診断歴	有 / 無
精神科通院歴・薬物治療歴	有 / 無 内容記載

「あり」の場合、お薬名または薬の効能をお書きください。