

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。