

顎関節症セルフチェック

この問診票は、「どこに負担がかかっているのか（筋肉・関節・または両方）」を知るためのものです。

正解・不正解はありませんので、気軽にお答えください。（複数選択可）

1. 現在の症状について

あてはまるものにチェックしてください

- ☐ 顎が痛い
- ☐ 顎がだるい・疲れやすい
- ☐ 口が開きにくい
- ☐ 顎が引っかかる・動かしにくい
- ☐ 顎を動かすと音がする
- ☐ こめかみの頭痛
- ☐ 耳の違和感・詰まった感じ
- ☐ その他（ ）

2. 症状が出た時期と場所

症状はいつ頃からありますか？

- ☐ 1 か月以内
☐ 1～3 か月
☐ 3～6 か月
☐ 6 か月以上

症状が強いのはどちら側ですか？

- ☐ 右側
☐ 左側
☐ 両側

3. 痛みの感じ方

痛みの性質に近いものはどれですか？

- ☐ 鈍い・重い
- ☐ 締めつけられる感じ
- ☐ ズキズキする
- ☐ 刺すような痛み
- ☐ 顎を動かすと痛い
- ☐ じっとしていても痛い

一番つらい時の痛みを 0～5 で表すと？
(0＝痛みなし、5＝耐えられない痛み)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5

4. 顎の動き・音について口が開きにくいと感じますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

顎を動かすと音がしますか？

- ☐ しない
☐ 時々する
☐ よくする

音の種類：

- ☐ カクツ・ポキツという音
☐ ジャリジャリという音

※ 音があるだけで、必ずしも治療が必要とは限りません。

5. 歯ぎしり・食いしばりの習慣

朝起きたとき、顎やこめかみが疲れていると感じますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

歯ぎしり・食いしばりを指摘されたことはありますか？

- ☐ ある
- ☐ ない
- ☐ わからない

日中、食事以外で上下の歯が触れていることに気づきますか？

- ☐ よくある
- ☐ 時々ある
- ☐ ほとんどない

6. 関連する症状

以下の症状はありますか？

- ☐ 首や肩のこり
- ☐ 頭痛（特にこめかみ）
- ☐ 耳の痛み・違和感
- ☐ 歯が浮いたような感じ
- ☐ 顔のこわばり・違和感

7. 生活習慣・ストレス

最近、強いストレスを感じていますか？

- ☐ はい
☐ いいえ

睡眠の質はいかがですか？

- ☐ 良い
☐ 普通
☐ 悪い

8. これまでの治療歴

顎の治療を受けたことがありますか？

- ☐ ない
☐ マウスピース（スプリント）
☐ 矯正治療
☐ 外科的治療
☐ その他（ ）

9. 患者さんご自身の考え（大切です）

ご自身では、症状の原因は何だと思えますか？（自由にお書きください）

当院が大切にしている考え方

近年の米国ガイドラインでは、顎関節症の多くは「噛み合わせのズレ」だけでなく、筋肉の使い過ぎや日常の負担の積み重ねが関係していると考えられています。

当院では、痛みの原因を「筋肉・関節・生活習慣」の視点で整理し、できるだけ体にやさしい保存的な治療を優先し不必要な外科処置や大きな治療は慎重に判断します。