

MYOFUNCTIONAL ORTHODONTIC EVALUATION

EXAMINER TO COMPLETE

日付：	患者名：	生年月日：	年齢：
紹介者：		診断者：	
患者/両親の懸念事項：			
矯正に関する前医のすすめ：			

歯並び	アーチフォーム		咬合	顔面の発育
<input type="checkbox"/> 良好	上顎	下顎	<input type="checkbox"/> 正常な咬合関係	<input type="checkbox"/> 正常発育
<input type="checkbox"/> 叢生 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> オーバーバイト： _____ mm <input type="checkbox"/> オーバージェット： _____ mm	<input type="checkbox"/> 発育不全： <input type="checkbox"/> 中顔面 <input type="checkbox"/> 下顔面
<input type="checkbox"/> 空隙 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> 狭窄	<input type="checkbox"/> オープンバイト <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 臼歯部	<input type="checkbox"/> 垂直的過成長 <input type="checkbox"/> クラスIIプロファイル <input type="checkbox"/> クラスIIIプロファイル <input type="checkbox"/> クラスIVプロファイル その他：
<input type="checkbox"/> 唇側傾斜 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 平坦	<input type="checkbox"/> 平坦	<input type="checkbox"/> クロスバイト <input type="checkbox"/> 前歯部 <input type="checkbox"/> 臼歯部	
<input type="checkbox"/> 舌側傾斜 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎	<input type="checkbox"/> 砂時計型 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 臼歯の舌側傾斜 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 正中線不一致	
備考：	備考：	備考：	備考：	

呼吸と姿勢	舌	嚥下	口唇と頬
<input type="checkbox"/> 軽い鼻呼吸	<input type="checkbox"/> 安静時の舌位：正常	<input type="checkbox"/> 正常嚥下	<input type="checkbox"/> 安静時の口唇：正常
<input type="checkbox"/> 荒い鼻呼吸	<input type="checkbox"/> 安静時の舌位：異常 <input type="checkbox"/> 低位舌 <input type="checkbox"/> 歯面上または上下の歯の間にある	<input type="checkbox"/> 異常嚥下 <input type="checkbox"/> 舌突出癖 <input type="checkbox"/> オトガイ筋の活動あり <input type="checkbox"/> 頬筋の活動あり	<input type="checkbox"/> 安静時の口唇：異常 <input type="checkbox"/> 安静時に口唇が開いている <input type="checkbox"/> 口唇閉鎖時に腔顔面筋が緊張 <input type="checkbox"/> 口唇閉鎖不全 <input type="checkbox"/> 咬唇癖または吸唇癖
<input type="checkbox"/> 口呼吸 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 就寝時 <input type="checkbox"/> 呼吸音が聞こえる	<input type="checkbox"/> 舌小帯付着状態： <input type="checkbox"/> 十分な可動域 <input type="checkbox"/> 付着の延長 <input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 後方	<input type="checkbox"/> ビデオ撮影	<input type="checkbox"/> 頬筋肥大
<input type="checkbox"/> 姿勢が良い	備考：	備考：	備考：
<input type="checkbox"/> 姿勢が悪い <input type="checkbox"/> 頭部前方位姿勢 <input type="checkbox"/> 両肩が前に出ている			

Myosa スクリーニング		習癖の確認	TMDスクリーニング
呼吸を止めている時間 <input type="text"/>	10回の呼吸にかかる時間 <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 習癖の既往なし	<input type="checkbox"/> 頭痛 _____p/w
ベース <input type="text"/>	3分間呼吸テスト <input type="text"/> 合格/不合格	<input type="checkbox"/> 指しゃぶり <input type="checkbox"/> おしゃぶりの使用 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶の使用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 耳痛 _____p/w <input type="checkbox"/> 頭部痛 _____p/w <input type="checkbox"/> その他の痛み _____p/w
備考：	<input type="checkbox"/> 歯ぎしり <input type="checkbox"/> 扁桃腺肥大 <input type="checkbox"/> アレルギー、喘息 <input type="checkbox"/> 頻回の咽頭感染症またはのどの頻回な感染 <input type="checkbox"/> 副鼻腔の問題、花粉症	備考：	筋肉と関節の触診 側頭筋 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 外側翼突筋 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 咬筋 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 胸鎖乳突筋 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 後頸部の筋肉 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 TMJの痛み <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 TMJのクリッキング <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右
耳鼻咽喉科への紹介： <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
耳鼻咽喉科手術歴： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
MyoSleepに関する質問事項： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
<input type="checkbox"/> 就寝中のお子さんのビデオ撮影要		TMJコンサルの必要性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	