

かねまつ矯正歯科 印刷用補足資料

目次

矯正治療について P1

悪い歯並びの影響 P2

Q&A P3

医院案内 P4

受診申込書 P5

悪い歯並びの影響

1. 歯の病気

清掃性が悪く、歯が汚れやすくなります。

その結果、虫歯・歯周病となり、歯が早く失われる原因となります。また口臭の原因にもなります。

2. 発音・そしゃく障害

特定の音が発音しにくかったりすることで、英語学習などに影響することがあります。

よく噛めない場合には消化が悪くなり全身の健康に影響することがあります。

3. 健康面

歯ぎしりやイビキの原因となったり顎関節を痛めることがあります。

頭痛や肩こりの原因になることもあります。

4. 精神面

歯並びが気になり人前で笑えないなど、対人関係において消極的になることがあります。

無意識のうちに精神的悪影響を及ぼすことがあります。

5. 顔貌

「第一印象を悪くする」「口元に締まりがない」「力を入れないと口が閉じられない」など顔の美しさに影響を与えることがあります。



Q1. 矯正治療はどのような目的ですか？

矯正治療は、歯並びやかみ合わせを良くして、できるだけ自分の歯を長持ちさせ、その人の健康を増進することが最大の目的です。

Q2. 矯正治療の対象となるのはどのような場合ですか？

上顎前突（じょうがくぜんとつ出っ歯）、下顎前突（かがくぜんとつ受け口）、叢生（そうせい八重歯・やえば乱杭歯）、開咬（かいこう上下の歯があたらない）、空隙歯列（くうげきしれつスキ歯）など、かみ合わせの悪い場合です。

Q3. なぜ歯並びが悪くなるのでしょうか？

発育期におこる悪習慣（指しゃぶり・舌を出す癖）や口呼吸（こうこきゅう口を開けて呼吸する）の場合には、開咬や出っ歯になる可能性があります。歯の大きさに比べてアゴが小さい場合は、八重歯や乱杭歯になったりします。

Q4. 矯正治療にはどのような方法がありますか？

主に乳歯列期・混合歯列期に使用する、可撤式装置（かてつしきそうち取り外しできる）で治療する場合と、主に永久歯列期に使用する固定式装置で治療する場合があります。固定式装置の中には、目立ちにくいセラミック製のものや、まったく見えない舌側装置（ぜっそくそうちリンガルブラケット）などがあります。

Q5. 矯正治療は何歳まで可能ですか？

矯正治療には、年齢制限はありません。しかし、不正咬合によっては、適切な時期に矯正治療を施すことにより、より効果的な治療結果が得られる場合があります。

Q6. 歯をけずらずに白くするには、どのような方法がありますか？

ホワイトニングまたは部リーチングとも言いますが、専用の歯の漂白剤を使って白くする方法です。現在、アメリカ（USA）ではとても人気が出ていて、家庭で行えるホームブリーチングも流行しています。

かねまつ矯正歯科

診療時間 火・木・金 … PM 1:00 ~ 7:30
土 曜 日 … AM10:00 ~ 12:00
PM 1:00 ~ 7:30

休 診 日 月・水・日・祝

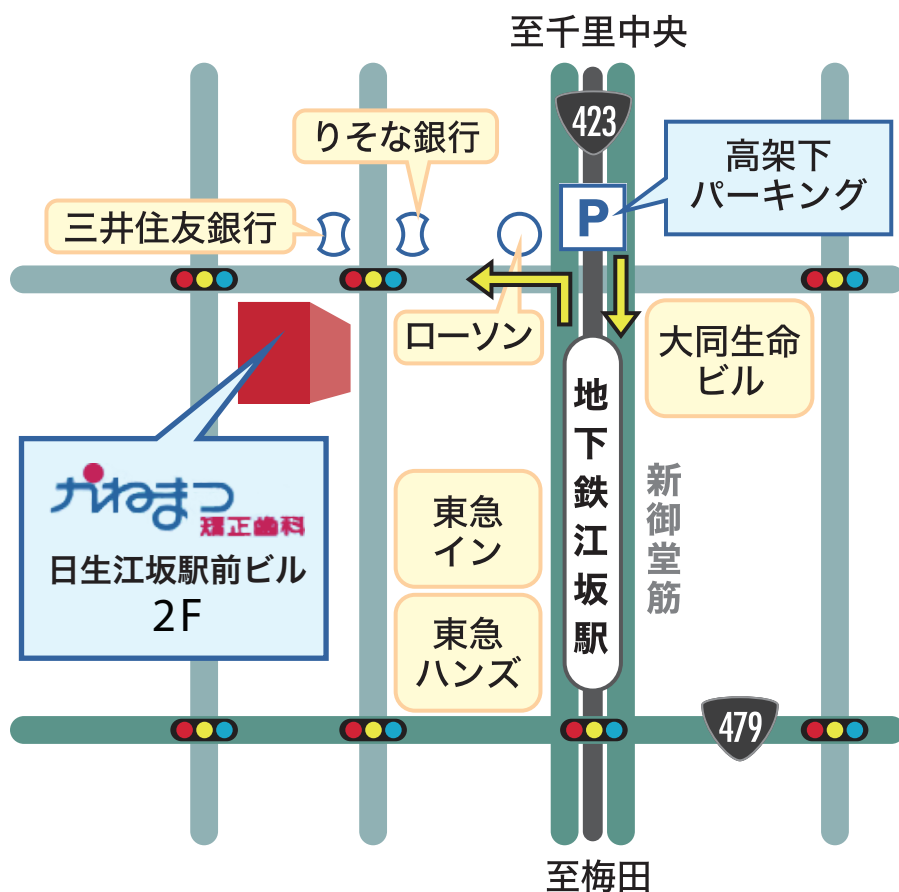
駐 車 場 高架下パーキングの駐車券を交付
しておりますので、ご利用下さい。

所 在 地 〒564-0051
吹田市豊津町10-34 日生江坂駅前ビル2階

T E L 06-6339-7700

F A X 06-6339-8131

ご相談・ご説明には、
ある程度お時間をお取りして
お話をいたしますので、
来院される際は必ずお電話、
もしくはインターネット予約
システムにてご予約をお願い
します。



●地下鉄御堂筋線「江坂駅」⑤番出口からスグ！

受診申込書

平成 年 月 日記入

本人

(ふりがな) 氏 名	(男・女) 未成年の場合保護所との続柄
生年月日 (昭和・平成)	年 月 日生 (歳 か月)
住 所 〒	
T E L () -	連絡先携帯番号
交通手段 車・自転車・徒歩・電車・バス・その他	学校名または勤務先

保護者 (ご本人が未成年の方のみご記入ください)

氏 名	本人との続柄
職 業	保護者連絡先携帯電話番号

- ・来院の動機は何ですか？
 - ・本人が自ら進んで治したいと思って
 - ・親が治したいと思って
 - ・他人に言われて・学校で指摘されて
 - ・歯科医に指摘または紹介されて

・本日ご来院されるにあたって、矯正についてご相談された方はいますか (人)

・当医院を知った方法は？ ・ホームページ・通りがかり・紹介・その他 ()
ここを紹介された方を教えてください ()

・歯並びを誰がどの程度気にしていますか？ (1.気にしていない 2.ほんの少し 3.非常に)
上の番号をご記入ください 本人() 父() 母() 兄弟() 祖父母()

・現在の歯並びでどういう点が気になりますか？ (具体的に記入してください)

○本人の気にしている点 (特に無い場合は、「なし」とご記入ください)

[]

○保護者の気にしている点

[]

- ・痛いところがありますか？ (ない・ある)
- ・ある場合それはどこですか？ (歯・歯ぐき・舌・上あご・下あご・あごの関節)

-
- ・以前に矯正治療を受けたことがありますか？ (ない・ある) 医院・医師名 () () 才頃
 - ・ご家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか？ (ない・ある)・続柄 ()
 - ・ご家族の中で自分と似た歯並びをした方がいらっしゃいますか？ (ない・ある)・続柄 ()
 - ・かかりつけの歯科医院 (ない・ある) 医院名 ()