

DC/TMD症状質問票 (SQ)

DC/TMD 症状質問票 (Symptom Questionnaire, SQ)

患者氏名 **Case 1**

日付 **2015** 年 **9** 月 ____ 日

痛み

1. 左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前に痛みを感じたことがありますか？
- いいえ はい

質問1に「はい」と答えた人は質問5へ

2. あご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが最初に起きたのは、 ____ 年 ____ 月 ____ 日
何年前、または何か月前ですか？
- ____ 年 **4** 月

3. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前にあった痛みを一番良く表しているのは、次のうちどれですか？
- 痛みなし
 痛みが出たり、消えたり
 いつも痛みがある
- 1つ選んでください。

質問3に「はい」と答えた人は質問5へ

4. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | いいえ | はい |
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

頭痛

5. 過去 30 日間に、こめかみ付近を含む頭痛がありましたか？
- いいえ はい

質問5に「はい」と答えた人は質問8へ

6. こめかみの頭痛が最初に始まったのは、何年前あるいは何か月前ですか？
- ____ 年 ____ 月

7. 過去 30 日間に、左右どちらかのこめかみの頭痛が、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | いいえ | はい |
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

顎関節雑音(あごの関節の雑音)

記入不要

8. 過去 30 日間に、あごを動かしたり、使ったりしたときに関節に雑音がありましたか？
- いいえ はい 右 左 判らない

あごのクローズドロック(口が開けられなくなる)

9. これまでに、ほんの一時でも、あごが動かなくなったり、引っかかったりして、そのために口を完全には開けられなくなったことがありますか？
-

質問9に「はい」と答えた人は質問13へ

10. あごが動かなくなったり、引っかかったりするために、口の開く量が制限されたり、食事の妨げになったりしましたか？
-

11. 過去 30 日間に、ほんの一時ではあっても、あごが動かなくなって、口を完全には開けられなくなり、それから引っかかりが外れて、口を十分に開けられるようになったことがありますか？
-

質問11に「はい」と答えた人は質問13へ

12. 現在、あごが動かなくなっていたり、口の開きが制限されていたりするため、口が完全には開かない状態ですか？
-

あごのオープンロック(口が閉じられなくなる)

13. 過去 30 日間に、口を大きく開けたときに、ほんの一時ではあっても、あごが動かなくなったり、引っかかったりして口を大きく開けた位置から閉じられなくなったことはありますか？
-

質問13に「はい」と答えた人は終了です。

14. 過去 30 日間に、大きく口を開けた位置であごが動かなくなったり、引っかかったりしたときに、口を閉じるためにあごを安静にしたり、動かしたり、押しやり、手で動かしたりとか何かしないといけなかったことはありますか？
-

DC/TMD診察用紙 (Examination Form)

DC/TMD 診察用紙 (Examination Form)

患者氏名 **Case 1** 診察者 ******

日付: **2015年9月** 日

1a. 痛みの部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

右側の痛み: なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官 なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官
 咬筋 顎関節 咬筋 顎関節

1b. 頭痛の部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

なし 側頭筋 その他 なし 側頭筋 その他

2. 切歯の被蓋関係

基準歯: 上顎右側中切歯 上顎左側中切歯 その他

水平被蓋 負の場合 mm 垂直被蓋 負の場合 mm 正中の偏位 右側 左側 該当なし

3. 開口経路(補足; あてはまるものをすべて選ぶ)

直線(偏位なし) 修正のある偏位 修正のない偏位 右側 左側

4. 開口運動

A. 無痛開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

B. 自力最大開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

C. 強制最大開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

D. 強制最大開口の中断? 有

5. 側方および前方運動

A. 右側方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

B. 左側方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

C. 前方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

負の場合

6. 開閉口運動時の顎関節雑音

右側顎関節					左側顎関節				
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	クリック時の痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	クリック時の痛み
開口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	開口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
閉口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	閉口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
クリック	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	クリック	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

7. 側方および前方運動時の顎関節雑音

右側顎関節					左側顎関節				
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	クリック時の痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	クリック時の痛み
開口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	開口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
閉口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	閉口	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
クリック	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	クリック	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

8. 関節のロック

右側顎関節					左側顎関節				
		解除					解除		
開口中	最大開口位	ロック	患者	診察者	開口中	最大開口位	ロック	患者	診察者
<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無
<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

9. 触診時の筋および顎関節の痛み

右側					左側				
(1 kg)	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛	(1 kg)	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛
側頭筋(前部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	側頭筋(前部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
側頭筋(中部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	側頭筋(中部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
側頭筋(後部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	側頭筋(後部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋(起始部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	咬筋(起始部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋(体部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	咬筋(体部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
咬筋(停止部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	咬筋(停止部)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎関節	痛み	いつもの痛み	関連痛		顎関節	痛み	いつもの痛み	関連痛	
外側極(0.5 kg)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	外側極(0.5 kg)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
外側極周囲(1 kg)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	外側極周囲(1 kg)	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

10. 触診時の筋の痛み(補足)

右側				左側			
(0.5 kg)	痛み	いつもの痛み	関連痛	(0.5 kg)	痛み	いつもの痛み	関連痛
下顎後部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	下顎後部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
顎下部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	顎下部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
外側翼突筋部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	外側翼突筋部	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
側頭筋腱	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無	側頭筋腱	<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

11. 診断

疼痛障害	右側顎関節障害	左側顎関節障害
<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> 筋痛	<input type="radio"/> 関節円板転位(1つ選択)	<input type="radio"/> 関節円板転位(1つ選択)
<input type="radio"/> 関連痛を伴う筋筋膜痛	<input type="radio"/> ...復位性	<input type="radio"/> ...復位性
	<input type="radio"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う	<input type="radio"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う
<input type="radio"/> 右側顎関節痛	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限を伴う	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限を伴う
<input type="radio"/> 左側顎関節痛	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限のない	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限のない
<input type="radio"/> 顎関節症による頭痛	<input type="radio"/> 変形性顎関節症	<input type="radio"/> 変形性顎関節症
	<input type="radio"/> 脱臼	<input type="radio"/> 脱臼

12. コメント

DC/TMD症状質問票 (SQ)

DC/TMD 症状質問票 (Symptom Questionnaire, SQ)

患者氏名 **Case 2**

日付 **2015** 年 **4** 月 ____ 日

痛み

1. 左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前に痛みを感じたことがありますか？
- いいえ はい

質問1に「はい」と答えた人は質問5へ

2. あご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが最初に起きたのは、 ____ 年 ____ 月 ____ 日
何年前、または何か月前ですか？
- 年 **2** 月

3. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前にあった痛みを一番良く表しているのは、次のうちどれですか？
- 痛みなし
 痛みが出たり、消えたり
 いつも痛みがある

1つ選んでください。

質問3に「はい」と答えた人は質問5へ

4. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | いいえ | はい |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

頭痛

5. 過去 30 日間に、こめかみ付近を含む頭痛がありましたか？
- いいえ はい

質問5に「はい」と答えた人は質問8へ

6. こめかみの頭痛が最初に始まったのは、何年前あるいは何か月前ですか？
- 年 ____ 月 ____ 日

7. 過去 30 日間に、左右どちらかのこめかみの頭痛が、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | いいえ | はい |
|---|--------------------------|--------------------------|
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

顎関節雑音(あごの関節の雑音)

記入不要

8. 過去 30 日間に、あごを動かしたり、使ったりしたときに関節に雑音がありましたか？
- いいえ はい 右 左 判らない

あごのクローズドロック(口が開けられなくなる)

9. これまでに、ほんの一瞬でも、あごが動かなくなったり、引っかかったりして、そのために口を完全には開けられなくなったことがありますか？
-

質問9に「はい」と答えた人は質問13へ

10. あごが動かなくなったり、引っかかったりするために、口の開く量が制限されたり、食事の妨げになったりしましたか？
-

11. 過去 30 日間に、ほんの一瞬ではあっても、あごが動かなくなって、口を完全には開けられなくなり、それから引っかかりが外れて、口を十分に開けられるようになったことがありますか？
-

質問11に「はい」と答えた人は質問13へ

12. 現在、あごが動かなくなっていたり、口の開きが制限されていたりするため、口が完全には開かない状態ですか？
-

あごのオープンロック(口が閉じられなくなる)

13. 過去 30 日間に、口を大きく開けたときに、ほんの一瞬ではあっても、あごが動かなくなったり、引っかかったりして口を大きく開けた位置から閉じられなくなったことはありますか？
-

質問13に「はい」と答えた人は終了です。

14. 過去 30 日間に、大きく口を開けた位置であごが動かなくなったり、引っかかったりしたときに、口を閉じるためにあごを安静にしたり、動かしたり、押しやり、手で動かしたりとか何かしないといけなかったことはありますか？
-

DC/TMD診察用紙 (Examination Form)

DC/TMD 診察用紙 (Examination Form)

患者氏名 **Case 2** 診察者 *** ***

日付: **2015年4月** 日

1a. 痛みの部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

右側の痛み なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官 なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官
 咬筋 顎関節

1b. 頭痛の部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

なし 側頭筋 その他 なし 側頭筋 その他

2. 切歯の被蓋関係

基準歯: 上顎右側中切歯 上顎左側中切歯 その他

水平被蓋 負の場合 mm 垂直被蓋 負の場合 mm 正中の偏位 右側 左側 該当なし

3. 開口経路(補足; あてはまるものをすべて選ぶ)

直線(偏位なし) 修正のある偏位 修正のない偏位 右側 左側

4. 開口運動

A. 無痛開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

B. 自力最大開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

C. 強制最大開口

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

D. 強制最大開口の中断?

無

5. 側方および前方運動

A. 右側方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

B. 左側方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

C. 前方運動

mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

負の場合

6. 開閉口運動時の顎関節雑音

右側顎関節				左側顎関節			
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み
開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

7. 側方および前方運動時の顎関節雑音

右側顎関節				左側顎関節			
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み
開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

8. 関節のロック

右側顎関節				左側顎関節			
		患者	診察者			患者	診察者
開口中	ロック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口中	ロック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
最大開口位	解除	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	最大開口位	解除	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

9. 触診時の筋および顎関節の痛み

	右側				左側			
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛
(1 kg) 側頭筋(前部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
側頭筋(中部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
側頭筋(後部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋(起始部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋(体部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋(停止部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	痛み	いつもの痛み	関連痛		痛み	いつもの痛み	関連痛	
外側極(0.5 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
外側極周囲(1 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有		<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	

10. 触診時の筋の痛み(補足)

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	関連痛	痛み	いつもの痛み	関連痛
(0.5 kg) 下顎後部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	(0.5 kg) 下顎後部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
顎下部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	顎下部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
外側翼突筋部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	外側翼突筋部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
側頭筋腱	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	側頭筋腱	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

11. 診断

疼痛障害	右側顎関節障害	左側顎関節障害
<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> なし
<input type="radio"/> 筋痛	<input type="radio"/> 関節円板転位(1つ選択)	<input type="radio"/> 関節円板転位(1つ選択)
<input type="radio"/> 関連痛を伴う筋筋膜痛	<input type="radio"/> ...復位性	<input type="radio"/> ...復位性
	<input type="radio"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う	<input type="radio"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う
<input type="radio"/> 右側顎関節痛	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限を伴う	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限を伴う
<input type="radio"/> 左側顎関節痛	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限のない	<input type="radio"/> ...非復位性, 開口制限のない
<input type="radio"/> 顎関節症による頭痛	<input type="radio"/> 変形性顎関節症	<input type="radio"/> 変形性顎関節症
	<input type="radio"/> 脱臼	<input type="radio"/> 脱臼

12. コメント

DC/TMD症状質問票 (SQ)

DC/TMD 症状質問票 (Symptom Questionnaire, SQ)

患者氏名 Case 3

日付 2015 年 7 月 ___ 日

痛み

1. 左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前に痛みを感じたことがありますか？
- いいえ はい

質問1に「はい」と答えた人は質問5へ

2. あご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが最初に起きたのは、 ___ 年 ___ 月 ___ 日
何年前、または何か月前ですか？
- ___ 年 9 月

3. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前にあった痛みを一番良く表しているのは、次のうちどれですか？
- 痛みなし
 痛みが出たり、消えたり
 いつも痛みがある
- 1つ選んでください。

質問3に「はい」と答えた人は質問5へ

4. 過去 30 日間に、左右どちらかのおご、こめかみ、耳の中、または耳の前の痛みが、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | いいえ | はい |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

頭痛

5. 過去 30 日間に、こめかみ付近を含む頭痛がありましたか？
- いいえ はい

質問5に「はい」と答えた人は質問8へ

6. こめかみの頭痛が最初に始まったのは、何年前あるいは何か月前ですか？
- ___ 年 9 月

7. 過去 30 日間に、左右どちらかのこめかみの頭痛が、次の動作で変化(すなわち、良くなったり、悪くなったり)しましたか？

- | | いいえ | はい |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| A. 硬い、あるいはかみにくい食べ物をかむ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| B. 口を開ける、あるいはあごを前や横に動かす | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. 歯と歯を合わせたままにする、くいしばる、歯ぎしりをする、ガムを噛むといったあごの習慣 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D. 話をする、キスをする、あくびをするといったその他のあごの動作 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

顎関節雑音(あごの関節の雑音)

記入不要

8. 過去 30 日間に、あごを動かしたり、使ったりしたときに関節に雑音がありましたか？
- いいえ はい 右 左 判らない

あごのクローズドロック(口が開けられなくなる)

9. これまでに、ほんの一瞬でも、あごが動かなくなったり、引っかかったりして、そのために口を完全には開けられなくなったことがありますか？
-

質問9に「はい」と答えた人は質問13へ

10. あごが動かなくなったり、引っかかったりするために、口の開く量が制限されたり、食事の妨げになったりしましたか？
-

11. 過去 30 日間に、ほんの一瞬ではあっても、あごが動かなくなって、口を完全には開けられなくなり、それから引っかかりが外れて、口を十分に開けられるようになったことがありますか？
-

質問11に「はい」と答えた人は質問13へ

12. 現在、あごが動かなくなっていたり、口の開きが制限されていたりするため、口が完全には開かない状態ですか？
-

あごのオープンロック(口が閉じられなくなる)

13. 過去 30 日間に、口を大きく開けたときに、ほんの一瞬ではあっても、あごが動かなくなったり、引っかかったりして口を大きく開けた位置から閉じられなくなったことはありますか？
-

質問13に「はい」と答えた人は終了です。

14. 過去 30 日間に、大きく口を開けた位置であごが動かなくなったり、引っかかったりしたときに、口を閉じるためにあごを安静にしたり、動かしたり、手で動かしたりとか何かしないといけなかったことはありますか？
-

DC/TMD診察用紙 (Examination Form)

DC/TMD 診察用紙 (Examination Form)

患者氏名 **Case 3** 診察者 ******

日付: **2015年7月** 日

1a. 痛みの部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

右側の痛み なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官 なし 側頭筋 他の筋 非咀嚼関連器官
 咬筋 顎関節 咬筋 顎関節

1b. 頭痛の部位: 過去30日間(あてはまるものをすべて選ぶ)

なし 側頭筋 その他 なし 側頭筋 その他

2. 切歯の被蓋関係

基準歯: 上顎右側中切歯 上顎左側中切歯 その他

水平被蓋 負の場合 2 mm 垂直被蓋 負の場合 1 mm 正中の偏位 mm

3. 開口経路(補足; あてはまるものをすべて選ぶ)

直線(偏位なし) 修正のある偏位 修正のない偏位 右側 左側

4. 開口運動

A. 無痛開口

32 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

B. 自力最大開口

38 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

C. 強制最大開口

45 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

D. 強制最大開口の中断? 有

5. 側方および前方運動

A. 右側方運動

9 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

B. 左側方運動

9 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

C. 前方運動

8 mm

	右側			左側		
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛
側頭筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
咬筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎関節	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
他の咀嚼筋	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
非咀嚼	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

負の場合

6. 開閉口運動時の顎関節雑音

右側顎関節				左側顎関節			
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み
開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

7. 側方および前方運動時の顎関節雑音

右側顎関節				左側顎関節			
診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み	診察者	患者	クリック時の痛み	いつもの痛み
開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	閉口	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クリック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	クレピタス	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

8. 関節のロック

右側顎関節				左側顎関節			
		患者	診察者			患者	診察者
開口中	ロック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	開口中	ロック	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
最大開口位	解除	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	最大開口位	解除	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

9. 触診時の筋および顎関節の痛み

	右側				左側				
	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛	痛み	いつもの痛み	いつもの頭痛	関連痛	
(1 kg) 側頭筋(前部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	
側頭筋(中部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
側頭筋(後部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
咬筋(起始部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
咬筋(体部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
咬筋(停止部)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
顎関節	痛み	いつもの痛み	関連痛	痛み	いつもの痛み	関連痛	痛み	いつもの痛み	関連痛
外側極(0.5 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	外側極(0.5 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	
外側極周囲(1 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	外側極周囲(1 kg)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	

10. 触診時の筋の痛み(補足)

右側				左側			
	痛み	いつもの痛み	関連痛		痛み	いつもの痛み	関連痛
(0.5 kg) 下顎後部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	(0.5 kg) 下顎後部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
顎下部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	顎下部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
外側翼突筋部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	外側翼突筋部	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無
側頭筋腱	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	側頭筋腱	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無

11. 診断

疼痛障害	右側顎関節障害	左側顎関節障害
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 筋痛	<input type="checkbox"/> 関節円板転位(1つ選択)	<input type="checkbox"/> 関節円板転位(1つ選択)
<input type="checkbox"/> 関連痛を伴う筋筋膜痛	<input type="checkbox"/> ...復位性	<input type="checkbox"/> ...復位性
<input type="checkbox"/> 右側顎関節痛	<input type="checkbox"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う	<input type="checkbox"/> ...復位性, 間欠ロックを伴う
<input type="checkbox"/> 左側顎関節痛	<input type="checkbox"/> ...非復位性, 開口制限を伴う	<input type="checkbox"/> ...非復位性, 開口制限を伴う
<input type="checkbox"/> 顎関節症による頭痛	<input type="checkbox"/> ...非復位性, 開口制限のない	<input type="checkbox"/> ...非復位性, 開口制限のない
	<input type="checkbox"/> 変形性顎関節症	<input type="checkbox"/> 変形性顎関節症
	<input type="checkbox"/> 脱臼	<input type="checkbox"/> 脱臼

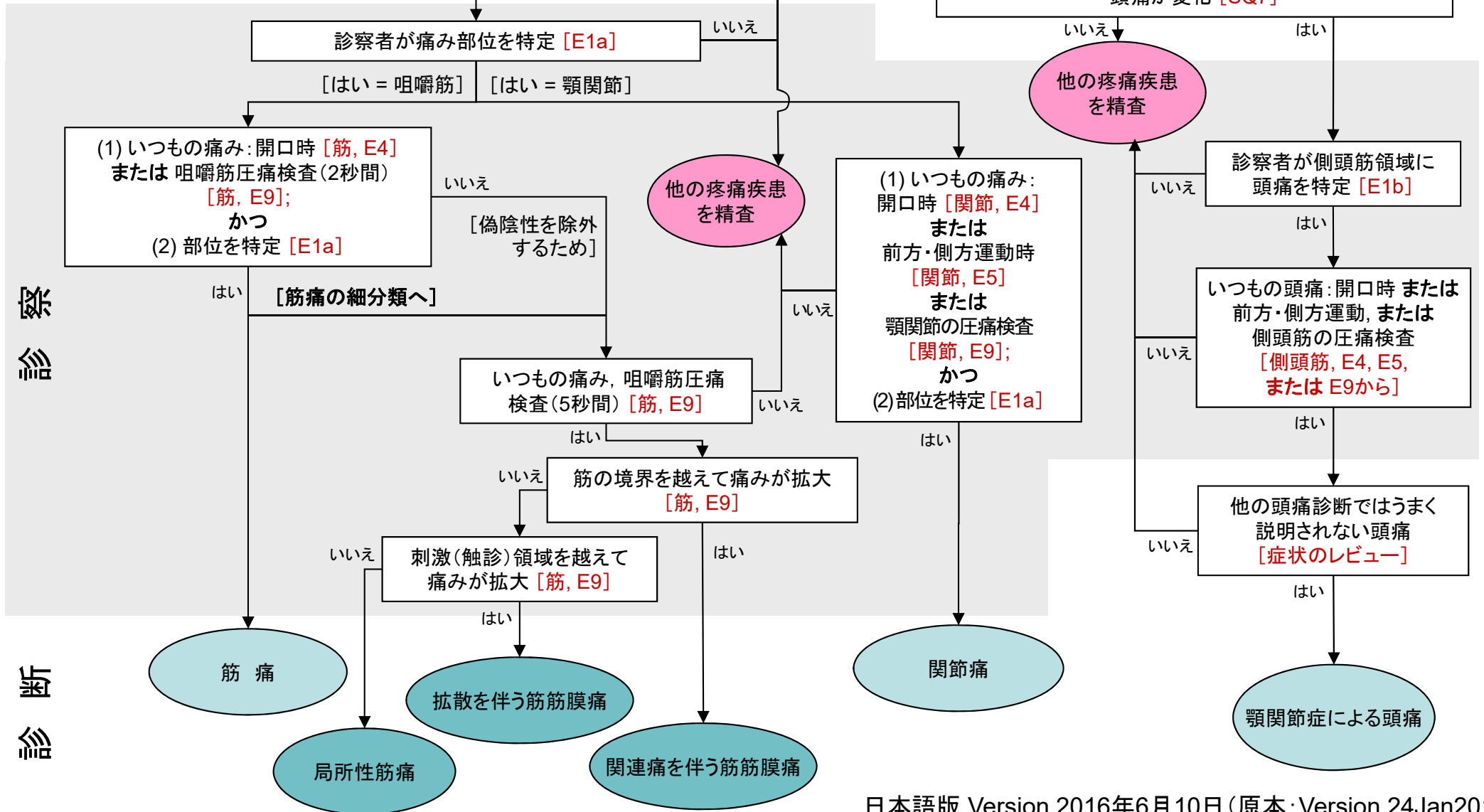
12. コメント

DC/TMD: 診断決定樹

疼痛関連顎関節症

顎関節症による頭痛

病歴
各青枠四角から始める
(先に左上, 次に右上)

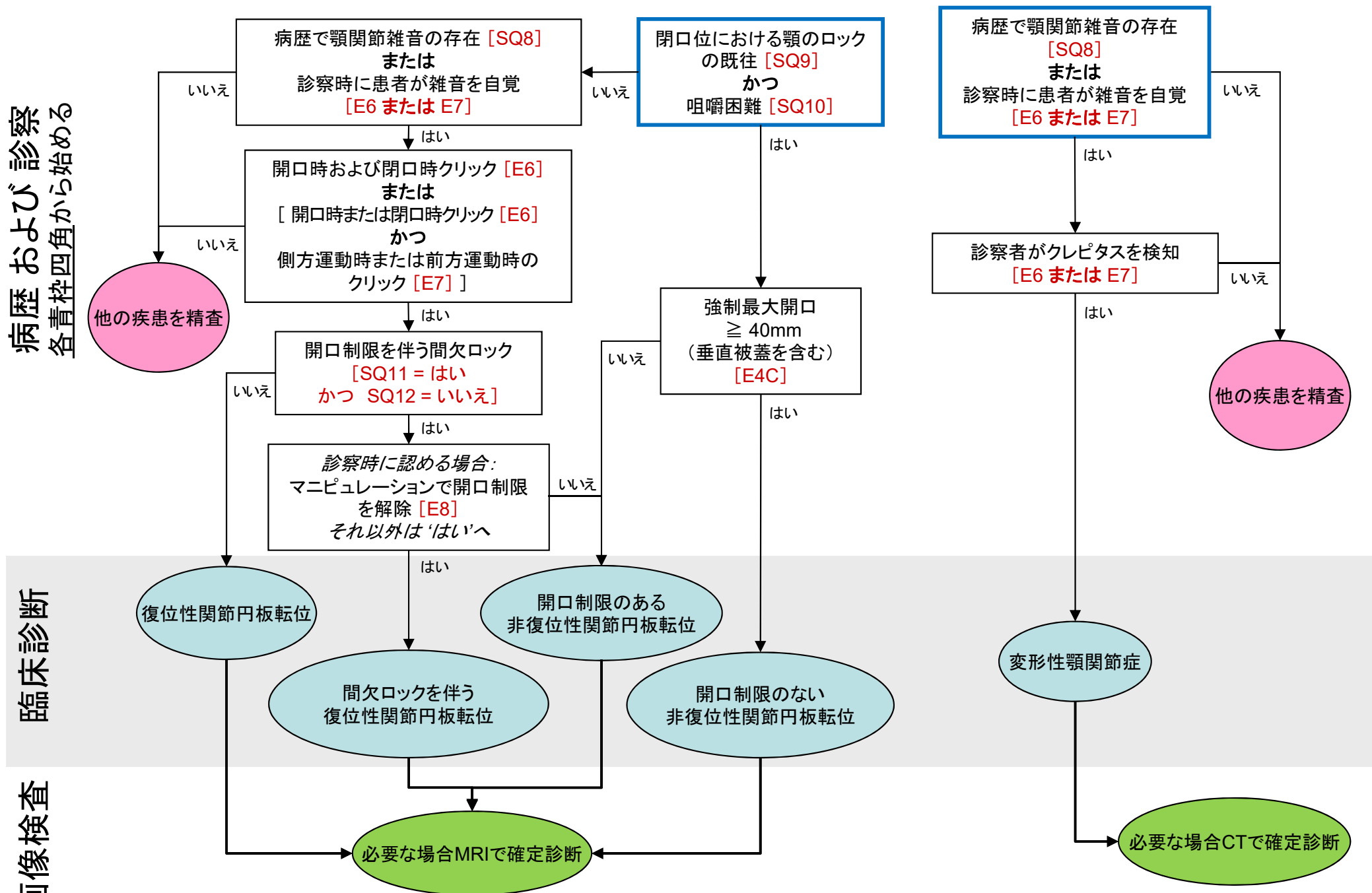


DC/TMD: 診断決定樹

顎関節円板障害

変形性顎関節症

病歴および診察
各青枠四角から始める



臨床診断

画像検査