



顎関節症質問票

記入日 年 月 日

お名前 生年月日 年齢 歳 男・女

1. 現在どのような症状ですか

2. 過去 30 日以内の症状について教えてください

1) 痛みについて（あてはまるものすべてにチェックしてください）

- 痛くない
- 何もしないでも痛い
- 口を大きく開けたり閉めたり、咀嚼時に、アゴが痛む

2) 最近一週間の痛みの強さはどの程度ですか？

0（痛みが全くない）～10（これまで経験した中で一番痛い）までの数字選んでください

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) 口を大きく開けたときに、人差し指から薬指を並べた 3 本指を縦に入れますか？

（もっともあてはまるものにチェックしてください）

- ずっと入る
- 痛みがあってやや困難である
- 痛みはないがやや困難である
- 全く入らない

4) 口を開けたときに、まっすぐ開きますか？（もっともあてはまるものにチェックしてください）

- いつも真っ直ぐ開く
- たまに曲がる
- いつも曲がる

5) アゴの音について（もっともあてはまるものにチェックしてください）

- 音がする
- 音はしない
- 以前は音がしていたが今はしない

3. 普段の生活において、あてはまるものをすべてチェックしてください

(1)生活習慣

- 今、これを記入しているときに、上下の歯が接触している
- 上下の歯を離れた状態が不快に感じる
- どちらか片方だけで食事することが多い (右, 左)
- 頬杖をつくことがある (右, 左)
- 姿勢が悪い
- うつ伏せで本を読む
- パソコン, 携帯電話 (スマホ) などを操作する時間が長い

(2)睡眠について

- 歯ぎしり, くいしばりをしている
- 歯ぎしりの音を指摘されたことがある
- 朝起きたときに顎が痛い、口が開かない、歯が痛いなどの症状がある
- うつ伏せで寝る
- 横向きで寝る (右 左)
- 睡眠が浅い

睡眠時間

- 3 時間以下 4 時間 5 時間 6 時間 7 時間 8 時間以上

(3) 社会生活について

- スポーツをしている
- 音楽をしている
- 仕事や家庭でのストレスが大きい
- 疲れている
- 精密作業をしている
- 重量物運搬をしている