

噛み合せのストレス問診票

日々の生活の中で今までにあなたが思い当たる項目にチェックを入れてください。

- 食事中、あごが「コキッ」と鳴ることがある。
- 時々頭痛がする。
- 肩コリや首筋のコリがある。
- 時々耳鳴りがする。
- 背中、またはひざやひじが痛む。
- 舌の痛みがある。
- 湿疹や皮膚炎がある。
- 寝起きが悪い。
- 眠れないことがよくある。
- 目の下がピクピクすることがある。
- 鼻づまりがある。
- 花粉症である。
- 視力が低い。老眼がある。
- 食欲不振、げっぷが出ることがある。
- 便秘や下痢をしやすい。
- 胃腸の調子がよくない。
- 高血圧、低血圧である。
- 心動悸、圧迫、不整脈がある。
- トイレが近い。
- 顔の肌荒れがある。
- 生理痛、生理不順がある。
- あまり集中できない。
- イライラしやすい。
- 低体温（平熱 35 度台）である。手足が冷えやすい。
- 疲れやすい。
- いびきをかく、歯ぎしりをする。
- 足を組みたくなる。

1～3 個 軽度、咬合検査の必要性

4～10 個 中度 検査、治療の必要性

11 個以上 重度、検査に基づいた治療計画