

歯列矯正センター 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

矯正治療について

矯正治療の流れ

1. 初診相談

問診や視診をしながら診察し、矯正治療の概略・期間・料金について説明します。



2. 精密検査

歯や顔の写真、歯や頭部のレントゲン、歯列の模型など、治療計画に必要な資料をとります。また、症状により顎関節のレントゲンや顎運動の検査もします。



3. 矯正診断

精密検査の結果をもとに、不正咬合の診断と治療計画・方法・期間について説明します。



4. 治療開始

矯正治療は**動的治療**と**静的治療（保定）**の二段階に分かれています。

● 動的治療

治療計画に従い、様々な矯正装置を使って歯を動かし、段階的に治療を進めます。

上下の歯が計画通りに動いて次第に正常な咬み合わせになると、最終的な治療の仕上げをします。

● 静的治療（保定）

動かした歯を支えて保護するために、保定装置を使います。

その期間は通常2年ですが、場合によっては成長が終了するまで必要になる事もあります。

動かされた歯が完全に保定されれば、静的治療も完了です。

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、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をするのですか？

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グラブラケット）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。

医院案内

歯列矯正センター

❖ 診療時間表

診療時間	午前	午後
日・祝	10:00～13:00	14:30～19:00
月	10:00～13:00	15:00～19:30

❖ 矯正相談日

日・祝・月

※火・水・木・金・土は
除きます

❖ 周辺地図



❖ 完全予約制

- ・ご相談にはある程度お時間をおとりしてきちんとご説明させていただきたいので、来院前にはお電話にてご予約をお願いいたしております。(当日予約可能)
- ・休診日も予約受け付けています。

❖ 無料相談

矯正無料相談

毎週日曜・月曜・祝日、
10:00～13:00 15:00～19:00
無料相談受付中です。

予約電話番号

0883-22-0022

住所：〒776-0020

徳島県吉野川市鴨島町
西麻植字麻植市 57-2

FAX：0883-22-0025



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 ()