

Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments (Korean)



International Network for Orofacial Pain and Related Disorders Methodology
A Consortium Focused On Clinical Translation Research

Editor: Richard Ohrbach

Version: 20Jan2014

www.rdc-tmdinternational.org

측두하악장애 진단기준(DC/TMD):

평가도구(한국어)

Korean translation by

Prof. Dr. Jin-Woo Chung ¹ (Team leader)

Associate Prof. Dr. Ji-Woon Park ¹ (Co-team leader)

Collaborators

Clinical Associate Prof. Dr. Jung-Hwan Jo¹

Clinical Assistant Prof. Dr. Ji-Hee Jang¹

Associate Prof. Ji-Hyun Lee ²

Associate Prof. Dr. Hyun-Jae Jo³

Prof. Kyung-Suk Choi⁴

Department of Oral Medicine and Oral Diagnosis¹

Department of Educations²

Department of Preventive and Public Health Dentistry³

School of Dentistry, Seoul National University

Department of Law, Ewha Womans University⁴

Accepted October 27th 2019 by the Consortium

Translations available at www.RDC-TMDinternational.org

Contents

Overview	3
Printing Guidance	4
How to Cite This Document.....	5
Acknowledgments	7
Axis I Assessment	8
TMD Pain Screener	9
Symptom Questionnaire	11
Demographics.....	14
Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands	16
Clinical Examination Form (FDI; English)	24
Diagnosis	27
Decision Tree (English)	28
Diagnostic Criteria Table (English).....	32
Axis II Assessment	37
Pain Drawing.....	39
Graded Chronic Pain (version 2).....	41
JFLS-8	43
JFLS-20	45
PHQ-4	47
PHQ-9	49
GAD-7	51
PHQ-15	53
Oral Behaviors Checklist.....	55

Overview

This document contains the complete assessment tools for the DC/TMD. The full download package is comprised of three documents pertaining to the use of the DC/TMD:

- Ohrbach R (editor) (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. (this document)
- Ohrbach R, Knibbe W (2016). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Scoring Manual for Self-Report Instruments.
- Ohrbach R, Gonzalez YM, List T, Michelotti A, Schiffman E (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Clinical Examination Protocol.

All of these documents are available at www.rdc-tmdinternational.org. The standard source version of these documents is in English; translated versions of the assessment instruments are available in many languages. The remaining two documents are available primarily in the original English; indeed, we envision that the professional users of the DC/TMD will rely on the English language version documents for how to conduct the examination and how to score the self-report instruments.

The direct patient assessment tools rely critically on language use, either in written form for self-administration by the patient or in verbal form for use by the examiner in speaking to the patient. The tools in this document are primarily those that interface directly with the patient, yet their terminology is tied directly to the patient assessment procedures; these tools include the examination form, decision trees, and diagnostic criteria. The latter tools are also included in this document; for the translated versions of the DC/TMD, these latter tools are in either English or also in translated form.

Translations of the DC/TMD instruments were conducted according to INfORM standards; see Ohrbach R, Bjorner J, Jezewski MA, John MT, and Lobbezoo F (2013) Guidelines for Establishing Cultural Equivalency of Instruments; and Ohrbach R (2014) Translation and Adaptation of the DC/TMD Protocol, available at the same URL indicated above. Please refer to these documents for specific procedures and requirements that the translated instruments adhere to with regard to appropriate semantic and cultural validity compared to the source documents. Note that the Consortium views the assessment protocol and its instruments to be under continued development, and it also considers translated versions of those assessment instruments to be works in progress, with validation an ongoing process just as for the source instruments. Finally, the format of this document is also subject to revision; this is version 2016_06_08.

Disclaimer: The provision of these documents does not constitute endorsement for any empirical validity; that must be established separately and any such documentation will be made available on the Consortium website. For translated versions, full documentation of the translation process is available at the above URL as Translation Logs.

Any questions regarding this document should be directed towards the editor or, for translated versions, the translator, depending on whether the question concerns the source version in English or a translated version.

Printing Guidance

Users of this document may want to print selected pages containing forms of interest. The below table lists the pages associated with each of the identified forms or sections of forms. Intended usage is for the user to copy the page numbers for the sections of interest and paste that information into the 'select pages' field on the printer dialog box.

Section	Page(s)
Axis I: TMD Pain Screener	10
Axis I: All clinical forms	12, 13, 15, 25, 26
Axis I: Pain-related Interview and Examiner Commands	17-23
Axis I: Diagnostic trees and criteria tables	29-31, 33-36
Axis II: Screening	40, 42, 44, 48, 56
Axis II: Comprehensive	40, 42, 46, 50, 52, 54, 56

How to Cite This Document

The below examples illustrate how to cite both this document, the translated version of the DC/TMD, as well as the associated documents which may often be cited in conjunction with this one, depending on usage. In the below citation examples, “Accessed on *<date>*” will be completed at the time a citation is used in a document (such as a manuscript).

Citation of English language source

Cite this document as follows:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

For example:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on July 1, 2016.

Citation of translation of this document

Translated versions of this document should be cited as follows if the title is also translated:

Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [측두하악장애 진단기준 (DC/TMD) 평가도구: Korean Version 27Oct2019] JW Chung, JW Park, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

There are five scenarios of usage for the three documents comprising the full assessment set, each of which will have different citation requirements.

1. Use of full DC/TMD (Axis I and Axis II)
 - a. If only English version is used for both Axis I and Axis II, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - b. If the English version of the procedures for the examination protocol is used and the translated version of the assessment protocol is used, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [측두하악장애 진단기준 (DC/TMD) 평가도구: Korean Version 27Oct2019] JW Chung, JW Park, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on *<date>*.

2. Use of only DC/TMD Axis I
 - a. If only English version of the examination protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - b. If only the examination commands are translated, then cite both of the following:
 - i. Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol: Version 02June2013. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - ii. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [측두하악장애 진단기준 (DC/TMD) 평가도구: Korea Version 27Oct2019] JW Chung, JW Park, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.

3. Use of only DC/TMD Axis II
 - a. If only English version of the Axis II protocol is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.
 - b. If translated version of the Axis II instruments is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. [측두하악장애 진단기준 (DC/TMD) 평가도구: Korea Version 27Oct2019] JW Chung, JW Park, Trans. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.

4. Citation of the self-report scoring manual
 - a. If only English version of this document is used, then cite the following:
 - i. Ohrbach R, Knibbe W. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Scoring Manual for Self-Report Instruments. Version 29May2016. www.rdc-tmdinternational.org Accessed on <date>.

5. Use of only part of the DC/TMD Axis II
 - a. If only English versions of the instruments are used, the user should cite the original source of the instrument(s) that is/are used. For example, only the TMD Pain Screener and the JFLS are used in a given application; then the user would cite Gonzalez et al, 2011, and Ohrbach et al, 2008, respectively.
 - b. If translated versions of the instruments were used, then the user would cite the source instruments as well as the fully translated assessment instrument document.

Acknowledgments

The DC/TMD is the result of many, many individuals and sponsors, and the assessment instruments in this document are an outcome of that very large process. Ohrbach and Dworkin, *Journal of Dental Research*, 2016 provide, as published acknowledgments, a full list of all of the contributors to the DC/TMD from research, publications, and workshops. This document, as a container for the assessment instruments in both English and translated forms, is yet another collaboration. To that end, the editor thanks Thomas List (Malmö, Sweden) and Ambra Michelotti (Naples, Italy) for their assistance regarding the structure and formatting of the completed DC/TMD. In addition, the editor expresses gratitude to Wendy Knibbe (ACTA, Amsterdam, The Netherlands) and to Birgitta Häggman-Henrikson (University of Malmö, Sweden) for their assistance in shaping this document, the major public face of the DC/TMD assessment tools. I also thank Wendy Knibbe and Yoly Gonzalez (University at Buffalo, NY, US) for their complementary assistance in helping refine the English version of all of the assessment instruments during the first translations of the DC/TMD (to Dutch, and to Spanish, respectively) by catching mistakes and typographical errors throughout the documents. Wendy and Yoly have provided all of us with better assessment instruments.

Axis I Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓		TMD Pain Screener	Gonzalez YM, Schiffman E, Gordon G, Seago B, Truelove EL, Slade G, Ohrbach R. Development of a brief and effective temporomandibular disorder pain screening questionnaire: reliability and validity. <i>JADA</i> 142:1183-1191, 2011. Form version: October 11, 2013
	✓	DC/TMD Symptom Questionnaire	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	DC/TMD Demographics	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
	✓	Pain-related Interview and Examiner Commands	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014
	✓	Clinical Examination Form North American and FDI	Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E Form Version: May 12, 2013 Diagnosis list added November 30, 2014

TMD Pain Screener

턱관절장애 통증 간이검사지

1. 다음 중 최근 30 일 동안에 당신의 턱이나 관자놀이에 나타난 어떤 통증을 가장 잘 표현한 것은 무엇입니까?
 - a. 통증 없음
 - b. 통증이 있다가 없다가 함
 - c. 통증이 항상 존재

2. 최근 30 일간, 당신은 잠에서 막 깬을 때 턱이 아프거나 뻣뻣함을 느끼셨습니까?
 - a. 아니오
 - b. 예

3. 최근 30 일간, 아래의 활동이 당신의 턱이나 관자놀이에 나타난 어떤 통증에 변화 (통증을 덜하게 하거나 더 심하게 함) 를 일으켰습니까?
 - A. 딱딱하거나 질긴 음식 씹기
 - a. 아니오
 - b. 예

 - B. 입을 벌리거나 턱을 앞이나 한쪽 옆으로 움직임
 - a. 아니오
 - b. 예

 - C. 이를 붙이고 있거나 이를 갈거나 짹 물거나 껌을 씹는 것과 같은 턱의 습관
 - a. 아니오
 - b. 예

 - D. 말하기, 키스 또는 하품하기 등 다른 기타 턱의 움직임
 - a. 아니오
 - b. 예

Symptom Questionnaire

증상설문지 (Symptom Questionnaire)

환자 이름 _____ 날짜 _____

통증

1. 당신은 턱, 관자놀이, 귓속, 귀 앞의 통증을 느낀 적 있습니까? 아니오 예

'아니오'로 답하였다면 5번 질문으로 가세요.

2. 당신은 몇 년 전 또는 몇 달 전에 처음으로 관자놀이, 귓속, 귀 앞의 통증을 느꼈습니까? _____년 _____월

3. 최근 30일간, 당신이 턱, 관자놀이, 귓속, 귀 앞에서 느낀 통증 없음

통증을 가장 잘 서술한 것은 무엇입니까?

통증이 생겼다가 없어졌다 반복함

하나의 답변을 선택하세요

통증이 항상 있음

3번 질문에 '아니오'로 답하였다면 5번 질문으로 가세요.

4. 최근 30일간, 다음의 행동이 당신의 좌·우 한측 또는 양측 턱, 관자놀이, 귓속, 귀 앞의 통증을 변화 (즉, 통증을 덜하게 하거나 더 심하게 함) 시켰습니까?

아니오 예

A. 딱딱하거나 질긴 음식 씹기

B. 입을 벌리거나 턱을 앞이나 옆으로 움직이기

C. 위아래 이를 붙이거나 이를 갈거나 악물거나 껌을 씹는 것과 같은 턱의 습관

D. 말하기, 키스, 하품하기 등 기타 턱 움직임

두통

5. 최근 30일간, 당신은 관자놀이 부위를 포함한 두통을 느낀 적이 있습니까? 아니오 예

5번 질문에 '아니오'로 답하였다면 8번 질문으로 가세요.

6. 당신의 관자놀이 부위의 두통은 몇 년 전 또는 몇 달 전에 처음 시작되었습니까? _____년 _____월

7. 최근 30일간, 다음의 행동이 당신의 좌·우 한측 또는 양측 관자놀이 부위의 어떤 두통을 변화 (즉, 통증을 덜하게 하거나 더 심하게 함) 시켰습니까?

아니오 예

A. 딱딱하거나 질긴 음식 씹기

B. 입을 벌리거나 턱을 앞이나 옆으로 움직이기

C. 위아래 이를 붙이거나 이를 갈거나 악물거나 껌을 씹는 것과 같은 턱의 습관

D. 말하기, 키스, 하품하기 등 기타 턱 움직임

턱관절잡음

아니오 예

진료실 용
(작성하지 마세요)
우측 좌측 모름

8. 최근 30일간, 턱을 움직이거나 사용할 때 턱관절 부위의 잡음을 들은 적이 있습니까?

폐구성 과두걸림

9. 잠시만이라도 턱이 걸리거나 잡혀서 입을 **끝까지** 벌리지 못한 적이 있습니까?

9번 질문에 '아니오'로 답하였다면 13번 질문으로 가세요.

10. 입을 벌리거나 음식 씹는 것이 제한될 정도로 턱관절이 걸리거나 잡혀 있었습니까?
11. 최근 30일간, 잠시만이라도 턱이 걸려서 입을 **끝까지** 벌리지 못하다가, 턱걸림이 풀려서 입을 **끝까지** 벌어진 적이 있습니까?
12. 현재 턱이 걸려있거나 제한되어서 입을 **끝까지** 벌릴 수 없습니까?

개구성 과두걸림

13. 최근 30일간, 입을 크게 벌린 후 잠시만이라도 턱이 걸리거나 잡혀서 입을 크게 벌린 상태에서 다물 수 없었던 적이 있습니까?

13번 질문에 '아니오'로 답하였다면 설문을 종료하십시오.

14. 최근 30일간, 턱이 걸리거나 잡혀서 입을 다물 수 없었을 때 턱을 쉬기, 움직이기, 밀기, 또는 조작 등의 어떠한 행동을 해야 입을 다물 수 있었습니까?

Demographics

측두하악장애 진단기준

인적 사항

1. 당신은 현재 결혼을 하셨습니까?

결혼함

동거 중

이혼함

별거 중

배우자 사별

결혼한 적 없음

2. 당신은 어떠한 민족집단에 속해 있습니까?

히스패닉 또는 라틴

히스패닉이나 라틴은 아님

모름

3. 당신의 인종은 무엇입니까?

해당하는 것을 모두 고르시오

아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민

아시아인

흑인 또는 아프리카계 미국인

하와이 원주민 또는 다른 태평양 원주민

백인

4. 최종학력은 무엇입니까?

고졸

대학재학 또는 중퇴

대졸

대학원졸

5. 가족의 현재 연 수입은 얼마입니까?

가족 모두의 임금, 월급, 투자액 등 모든
소득을 포함하여 답하십시오.

0 - 9,999,999원

10,000,000 - 21,299,999원

21,300,000 - 42,599,999원

42,600,000 - 63,899,999원

63,900,000 - 85,199,999원

85,200,000 - 106,499,999원

160,000,000원 이상

Examination: Pain-related Interview and Examiner Commands

8. 검사 시 필요한 지시

8.1 개요 [see end of document for authorship and title]

완전 검사 순서(섹션 4)에서 나타난 것과 동일하게 사용할 필요가 있는 검사자 지시 사항은 학습과 리뷰를 원활하게 하기 위하여 여기에 다시 표시되어 있다.

8.2 검사 관련 통증 인터뷰

하부-부분 일련번호는 검사-관련 통증 인터뷰를 따른다 (섹션 6)

6.2.1 통증을 유발하는 운동의 범위

- 이번 운동 시에 아팠나요?
- 만약 통증이 있었다면:
 - 아팠던 부위를 각각 손가락으로 짚어볼 수 있겠어요?
 - 운동시에 통증을 느꼈던 또 다른 부위들이 있었나요? 그 부위들을 손가락으로 가리켜 보세요.
 - 익숙한 통증 질문으로 가세요. 숙한 통증 질문으로 가세요.

6.2.2 촉진 시 통증

- [압력을 가한 부위]에서 통증을 느꼈나요?
- 만약 통증이 있었다면: 익숙한 통증 질문으로 가세요.

6.2.3 관절음과 관련된 통증

- 턱에서 소리가 날 때 아팠나요?
- 약 통증이 있었다면: 익숙한 통증 질문으로 가세요.

6.2.4 익숙한 통증에 대한 검사

- 이 통증은 최근 30일 이내에 이 부위에서 경험한 통증과 익숙한가요?
- 이전의 통증과 익숙하다면: 이 통증과 익숙한 통증은 무엇인가요?
- 만약 측두근 부위가 아프다면: 이 측두근 부위의 통증이 최근 30일 동안 이 부위의 두통과 익숙한가요?
- 검사자는 지난 30일 동안의 통증 부위들이 익숙한 통증에 관한 보고와 일치하는지 확인해야한다.

6.2.5 연관통 검사

- 손가락으로 누른 부위만 아팠나요, 아니면 다른 신체부위도 아팠나요 [다른 신체부위: 머리, 얼굴 또는 턱]?
- [통증을 느낀 부위를 보여주세요.] 방금 손가락으로 눌렀을 때 통증을 느낀 각 부위들을 손가락으로 가리켜 보세요.
- 그 외에 다른 아팠던 곳들은 없나요?

8.3 섹션 5로부터의 필요 요소: 검사자 지시 전체

이 표의 규약: "음성 명령" 아래 굵은 글씨는 반드시 있는 그대로 사용되어야 한다; 굵은 글씨를 포함하는 셀과 연관있는 절차들은 완성을 위해 부가적인(평범한) 언어를 요구할 수도 있다. "음성 명령" 아래 빈 셀들은 평범한 언어가 전체 절차를 위해 충분하다는 것을 가리킨다; 일반 굵기의 글자는 또한 특정 검사와 연관 있는 평범한 언어 사용을 나타나기 위해 사용될 수 있다. "음성 명령" 아래 <없음>를 가진 절차들은 검사자로부터 음성 명령이 없는 것을 가리킨다.

구성	음성 명령
E1. 검사자의 통증과 두통 부위의 확인	
<i>정보확인</i>	<없음>
<i>환자에게 지시</i>	<p>검사 시작 전에, 저는 몇 가지 것을 당신과 이야기하고 싶어요.</p> <p>저는 통증에 관해서 질문할것이고 통증이 있는지 여부는 당신만이 알 수 있어요.</p> <p>제가 통증에 대해서 질문을 할 때, 예 혹은 아니오로만 대답해주길 바래요; 확신이 없다면, 저에게 최선의 답변을 주세요.</p> <p>만일 당신이 통증을 느낀다면, 저는 그 통증이 익숙한지 물어볼꺼예요. 유사 통증은 비슷하거나 동일한 신체 부위에서 30일 이내에 느낀 것과 유사한 통증을 의미하는 것이예요.</p> <p>만일 당신이 관자놀이 부위에서 통증을 느낀다면, 저는 그 통증이 지난 30일간 관자놀이 부근에서 경험한 두통과 유사한지 물어볼꺼예요.</p>
<i>검사 범위: 관심있는 해부학적부위들</i>	<p>이 검사 목적은, 이러한 부위들에 당신이 가지고 있는 통증에 관심이 있어요....</p> <p>.... 그리고 또한 입 안도요.</p>
<i>E1a 통증 부위: 지난 30일간</i>	<p>지난30일간, 이런 부위들에서 통증을 느꼈나요 [제가 만진 부위들에서]?</p> <p>만일 "예"라고 답했다면:</p> <p>당신이 통증을 느낀 부위들을 각각 손가락으로 가리킬 수 있나요 [지난 30일 동안]?</p> <p>당신이 통증을 느낀 또 다른 부위들이 있나요 [지난 30일 동안]?</p>
<i>E1b 지난 30일간 두통부위</i>	<p>지난 30일간, 두통이 있었나요?</p> <p>만일 "예":</p> <p>당신이 두통을 느낀 부위들을 각각 손가락으로 각 가르킬 수 있나요 [지난 30일 동안]?</p> <p>당신이 두통을 느낀 다른 부위들이 있나요 [지난 30일 동안]?</p>
E2. 절차간 관계	
<i>상악과 하악의 기준 치아 선택</i>	저는 당신 치아에 연필로 표시를 할꺼예요; 검사가 끝난 후에 지워드릴게요
<i>기준선 - 수직 피개</i>	어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키세요.
<i>기준선 - 하악기준 정중선</i>	[어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키시세요.]

구성	음성 명령
수평 절치 피개	[어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키시세요.]
수직 절치 피개	<환자에게 수직 피개를 측정할 수 있게 충분히 개구하도록 요청한다.>
E3. 개구 패턴 (보조적)	
시작지점	어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키시세요.
개구 패턴	통증이 있더라도 당신이 벌릴 수 있는 한 크게 천천히 입을 벌려보세요. 입을 다물어서 어금니끼리 서로 완전하게 다시 닿도록 다물어보세요. 2 회 반복하세요.
E4. 개구 움직임	
4A. 통증이 없는 개구	
시작 지점	[입을 편안한 위치에 두세요.]
수직 운동 측정 자 위치	< 없음 >
E4A 통증 없는 개구	어떤 통증도 느껴지지 않거나, 혹은 지금 당신이 가지고 있는 어떤 통증이 커지지 않는 범위에서 입을 최대한 크게 벌려보세요.
4B. 최대 비보조 개구	
시작 지점	[입을 편안한 위치에 두세요.]
E4B 최대 비보조 개구	통증이 있더라도 최대한 입을 크게 벌려보세요.
E4B MUO후 통증	이런 움직임을 할 때 통증을 느꼈나요?
4C. 최대 보조 개구	
시작 지점	[입을 편안한 위치에 두세요.]
지시	잠시 후에 [가능하다면] 제 손가락을 이용해 입을 더 크게 벌리도록 할꺼예요. 제가 그만두기를 원한다면, 손을 드시면 즉시 그만두겠습니다.
E4C 최대 보조 개구	자를 놓겠습니다. [멈춤] 지금 전에 한 것처럼 아프더라도 [당신의 입을] 벌릴 수 있는 최대한 벌리세요. [멈춤] 제 손가락을 느낄 수 있어요. 가능하다면 턱에 힘을 주지 말고 제가 더 입을 벌릴 수 있게 해주세요. [멈춤]
E4C MAO후 통증	제가 손가락으로 당신의 입을 더 크게 벌리려고 했을 때 통증을 느꼈나요?

구성	음성 명령
4D. 최대 보조 개구 종료	
<i>E4D</i> 개구 종료	<없음>
E5. 측방과 전방 운동	
5A. 우측 측방 운동	
우측 측방 운동	입을 약간만 벌리고 아프더라도 턱을 최대한 오른쪽으로 움직여보세요. 제가 측정을 할 수 있도록 그 자리에서 턱을 유지하고 있으세요.
<i>E5A</i> 측정	<없음>
턱 제자리	
<i>E5A</i> 운동 후 통증	움직일 때 어떤 통증을 느꼈나요?
5B. 좌측 측방 운동	
좌측 측방 운동	아프더라도 입을 약간만 벌리고 턱을 최대한 왼쪽으로 움직여 보세요. 제가 측정을 할 수 있도록 그 자리에서 턱을 유지하고 있으세요.
<i>E5B</i> 측정	<없음>
턱 제자리	
<i>E5B</i> 운동 후 통증	움직일 때 어떤 통증을 느꼈나요?
5C. 전방운동	
전방 운동	아프더라도 입을 약간만 벌리고, 턱을 최대한 앞으로 움직여 보세요. 제가 측정을 할 수 있도록 그 자리에서 턱을 유지하고 있으세요.
<i>E5C</i> 측정	<없음>
턱 제자리	
<i>E5C</i> 운동 후 통증	움직일 때 어떤 통증을 느꼈나요?

구성	음성 명령
E6. 개폐구시 턱관절 잡음	
관절 잡음 측진을 위한 손 위치	<없음>
관절 잡음 관련 지시	<p>제가 당신의 턱관절에 어떤 소리가 나는지 검사할꺼예요. 저는 당신이 집중을 해주시길 바라요. 마지막에 물어볼 것이기 때문에 환자분도 집중해서 어떤 소리라도 나는지 들어보세요.</p> <p>[양측 관절에 집중하십시오.]</p>
하악 최대 폐구	어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키세요.
개폐구 관절잡음 검사자 확인	<p>아프더라도 입을 최대한 크게 천천히 벌려보세요. 그리고 나서 다시 어금니가 서로 완전하게 닿을 때까지 입을 천천히 다물어 보세요.</p> <p>2회 반복하십시오.</p>
관절잡음에 대한 환자 조사	<p>당신이 입을 벌리고 다물때 관절에서 소리가 나는 것을 느꼈나요?</p> <p>만약 소리가 <u>있었다면</u>:</p> <p>어떤 종류의 소리인가요?</p>
통증 조사	<p><u>만일 환자가 관절잡음을 보고했다면</u>:</p> <p>소리가 날 때 어떤 통증이라도 느꼈나요?</p>
E7. 측방 & 전방 운동시 턱관절 잡음	
일반적	<없음>
관절 잡음: 측방 전방 운동	<p>[오른쪽 먼저, 그리고 왼쪽 관절에 대해 각각의 검사를 지시대로 수행하세요. 환자에게 어느쪽 관절에 집중을 해야할지 알려주세요.]</p> <p>어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키세요. 입을 살짝 벌린 뒤, 아프더라도 턱을 왼쪽으로 최대한 움직여보세요; 턱을 다시 제자리로 돌려놓고 어금니가 서로 완전히 닿도록 위치시키세요.</p> <p>2회 반복하세요</p>
관절 잡음: 측방 전방 운동	<p>어금니가 서로 닿도록 위치시키세요, 입을 살짝 벌리고, 아프더라도 턱을 왼쪽으로 최대한 움직여보세요;</p> <p>턱을 다시 제자리로 돌려놓고 어금니가 서로 완전히 닿도록 위치시키세요.</p> <p>2회 반복하세요.</p> <p>어금니가 서로 완전하게 닿도록 위치시키세요. 입을 살짝 벌린 뒤, 아프더라도 턱을 앞쪽으로 최대한 움직여보세요; 턱을 다시 제자리로 돌려놓고 어금니가 서로 완전히 닿도록 위치시키세요.</p> <p>2회 반복하세요</p>
관절 잡음 조사	<p>당신이 턱을 전방 혹은 측방으로 움직였을때 이 관절[우측, 좌측]에서 소리를 듣거나 느꼈나요?</p> <p>만약 소리가 <u>있었다면</u>:</p> <p>어떤 종류의 소리였나요?</p>

구성	음성 명령
통증 조사	<u>환자가 관절잡음을 보고했을때:</u> 소리가 날 때 아팠나요?
E8. 과두 걸림	
폐구성 걸림	턱을 다시 “안걸리게” 할 수 있나요?
개구성 걸림	턱을 다시 “안걸리게” 할 수 있나요?
E9. 촉진시 근육과 턱관절 통증	
소개	<p>지금부터 당신의 머리, 얼굴, 턱의 다른 부위들에 압력을 가할꺼예요, 그리고 당신에게 통증, 익숙한 통증, 그리고 익숙한 두통에 관해 물어볼꺼예요.</p> <p>추가로, 통증이 제 손가락으로 누른 부위에만 있는지 혹은 손가락으로 누른 부위들 이외에서도 느껴지는지 물어볼꺼예요.</p> <p>저는 “통증”, “익숙통증”, “익숙두통”, 그리고 “ 제 손가락 하방에서만?” 이라는 단어를 사용할꺼예요.</p> <p>[조사자들의 선호에 따라서 “다른 곳으로 가나요?” 조사는 “제 손가락 하방에서만?” 대신에 사용될 수 있습니다]</p> <p>각각, 저는 압력을 가하고 5초 정도 유지할꺼예요.</p>
적정	<없음>
측두근 및 교근	<없음>
적정	<없음>
턱관절:외측극	입을 조금 벌려서 아래턱을 전방으로 내밀고 다시 이끼리 살짝 떨어져 있는 정상 위치로 돌아오세요.
적정	<없음>
턱관절: 외측극 주변	입을 조금 벌려서 아래턱을 전방으로 내밀고 잠시만 유지하고 있으세요.
E10. 부가적인 촉진 부위들	
적정	<없음>
하악 후방 부위	턱을 편안히 하고 있으세요.
하악 하방 부위	턱을 편안히 하고 있으세요.
외측 익돌근 부위	입을 조금 벌리고 턱을 옆쪽으로 움직여보세요.
측두근 건	입을 벌려보세요

구성	음성 명령
E11. 검사자 지시	
<i>검사지시</i>	<없음>
DC/TMD 검사 종료	

This document was extracted from:

Ohrbach R, Gonzalez Y, List T, Michelotti A, Schiffman E. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) Clinical Examination Protocol, Version: June 2, 2013.

NOTE: The parent document is maintained and accessible at www.rdc-tmdinternational.org.

Clinical Examination Form (FDI; English)

DC/TMD Examination Form

Date filled out (mm-dd-yyyy)

_ _	-	_ _	-	_ _ _	_ _
-----	---	-----	---	-------	-----

Patient _____ Examiner _____

1a. Location of Pain: Last 30 days (Select all that apply)

RIGHT PAIN

- None
 Temporalis
 Other m muscles
 Non-mast structures
 Masseter
 TMJ

LEFT PAIN

- None
 Temporalis
 Other m muscles
 Non-mast structures
 Masseter
 TMJ

1b. Location of Headache: Last 30 days (Select all that apply)

- None
 Temporal
 Other
 None
 Temporal
 Other

2. Incisal Relationships Reference tooth FDI #11 FDI #21 Other

Horizontal Incisal Overjet If negative

 mm
 Vertical Incisal Overlap If negative

 mm
 Midline Deviation

Right	Left	N/A
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 mm

3. Opening Pattern (Supplemental; Select all that apply)

- Straight
 Corrected deviation
 Uncorrected Deviation
 Right Left

4. Opening Movements

A. Pain Free Opening

 mm

RIGHT SIDE

	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
--	------	---------------	-------------------

LEFT SIDE

	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
--	------	---------------	-------------------

B. Maximum Unassisted Opening

 mm

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Maximum Assisted Opening

 mm

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Terminated?

5. Lateral and Protrusive Movements

A. Right Lateral

 mm

RIGHT SIDE

	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
--	------	---------------	-------------------

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEFT SIDE

	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache
--	------	---------------	-------------------

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Left Lateral

 mm

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Protrusion

 mm

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Temporalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TMJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other M Musc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non-mast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If negative

6. TMJ Noises During Open & Close Movements

	RIGHT TMJ					
	Examiner		Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain	
	Open	Close				
Click	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crepitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LEFT TMJ					
	Examiner		Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain	
	Open	Close				
Click	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crepitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. TMJ Noises During Lateral & Protrusive Movements

	RIGHT TMJ				
	Examiner	Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain	
Click	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crepitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	LEFT TMJ				
	Examiner	Patient	Pain w/ Click	Familiar Pain	
Click	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crepitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Joint Locking

	RIGHT TMJ			
	Locking	Reduction		Familiar Pain
		Patient	Examiner	
While Opening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wide Open Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LEFT TMJ			
	Locking	Reduction		Familiar Pain
		Patient	Examiner	
While Opening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wide Open Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Muscle & TMJ Pain with Palpation

	RIGHT SIDE			
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Referred Pain
(1 kg)				
Temporalis (posterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (middle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (anterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter (origin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masseter (body)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masseter (insertion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TMJ				
Lateral pole (0.5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Around lateral pole (1 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LEFT SIDE			
	Pain	Familiar Pain	Familiar Headache	Referred Pain
(1 kg)				
Temporalis (posterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (middle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis (anterior)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseter (origin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masseter (body)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Masseter (insertion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
TMJ				
Lateral pole (0.5 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Around lateral pole (1 kg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Supplemental Muscle Pain with Palpation

	RIGHT SIDE		
	Pain	Familiar Pain	Referred Pain
(0.5 kg)			
Posterior mandibular region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submandibular region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateral pterygoid area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis tendon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	LEFT SIDE		
	Pain	Familiar Pain	Referred Pain
(0.5 kg)			
Posterior mandibular region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Submandibular region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lateral pterygoid area	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporalis tendon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Diagnoses

- None
- Myalgia
- Myofascial pain with referral
- Right Arthralgia
- Left Arthralgia
- Headache attributed to TMD

- None
- Disc displacement (select one)
 - ...with reduction
 - ...with reduction, with intermittent locking
 - ... without reduction, with limited opening
 - ... without reduction, without limited opening
- Degenerative joint disease
- Subluxation

- None
- Disc displacement (select one)
 - ...with reduction
 - ...with reduction, with intermittent locking
 - ... without reduction, with limited opening
 - ... without reduction, without limited opening
- Degenerative joint disease
- Subluxation

12. Comments

Diagnosis

Instrument	Source
<p>Diagnostic Decision Trees, as based on published criteria</p>	<p>The Decision Trees were created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Figure Version: January 24, 2014</p>
<p>Diagnostic Criteria Table, as based on published criteria</p>	<p>The Diagnostic Criteria Table was created for the Consortium website and community, and reside in the public domain. Their scientific linkage, however, is to the following:</p> <p>Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network* and Orofacial Pain Special Interest Group**</p> <p>Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). <i>Journal of Oral & Facial Pain and Headache</i> 28:6-27.</p> <p>Table Version: October 23, 2015</p>

Decision Tree (English)

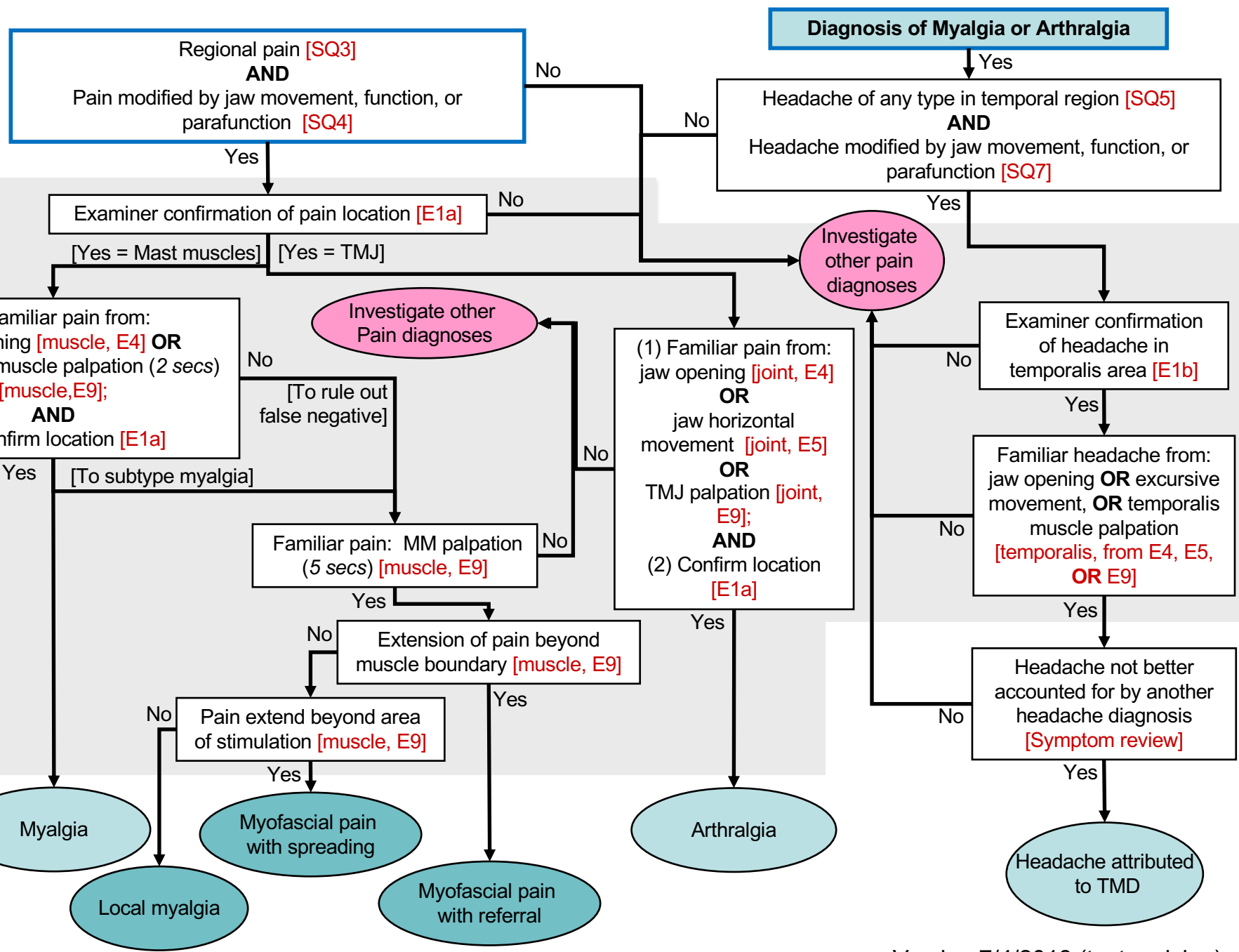
Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Diagnostic Decision Tree

Pain-Related TMD and Headache

HISTORY
Start at each blue-outline box

EXAMINATION

DIAGNOSIS



Note: 2 secs palpation is sufficient for myalgia; 5-secs is required for subtypes

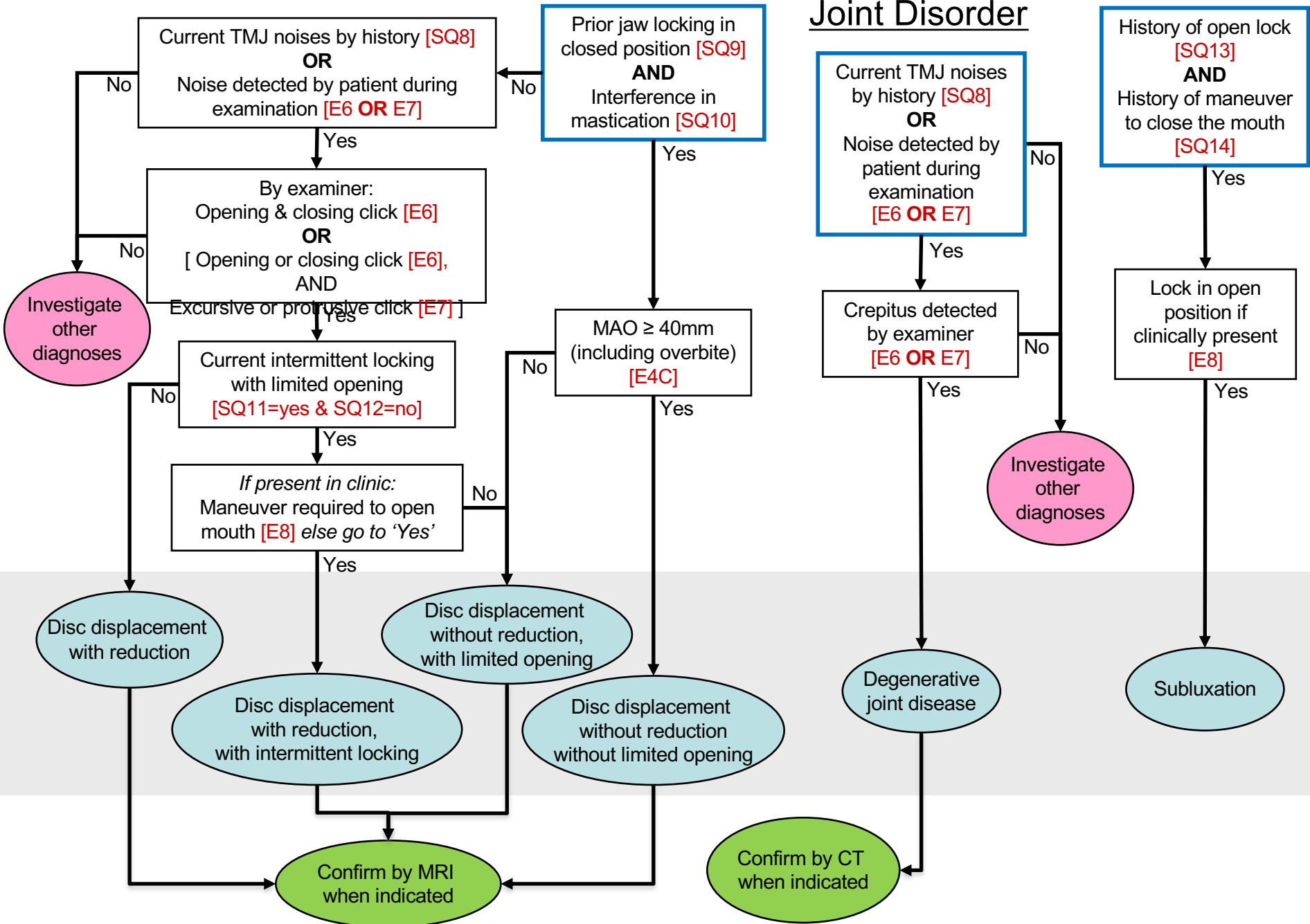
Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): Diagnostic Decision Tree

HISTORY & EXAMINATION
 Start at each blue-outline box
CLINICAL DIAGNOSIS
IMAGING

Intra-articular Joint Disorders

Degenerative Joint Disorder

Subluxation



Updates to the decision tree

2018_07_04. Slide 1: change “Myofascial pain” to “Myofascial pain with spreading”.

2016_09_05. Slide 2: add “By examiner” to the joint noise box in the path for disc displacement with reduction diagnosis, in order to distinguish noise identified by the examiner, vs noise identified by the patient, as indicated clearly in the box at the top of the slide. This change is also consistent with what was already in place for the DJD diagnostic path.

Diagnostic Criteria Table (English)

Diagnostic Criteria for the Most Common Temporomandibular Disorders: Symptom Questionnaire and Clinical Examination Items

All listed criteria in History (DC/TMD Symptom Questionnaire) and Examination (DC/TMD Examination Form) are required for the specific Diagnosis unless otherwise stated; each criterion is positive unless otherwise specified. Exact time period for time-relevant History or Examination items is not specified below since that is a function of how the items are constructed to suit a given purpose; the logic does not change according to time period. The time period as assessed by history items for disc displacement without reduction vs with reduction is relative.

Source: Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, List T, Svensson P, Gonzalez Y, Lobbezoo F, Michelotti A, Brooks S, Ceusters W, Drangsholt M, Ettl D, Gaul C, Goldberg LJ, Haythornthwaite J, Hollender L, Jensen R, John MT, deLaat A, deLeeuw R, Maixner W, van der Meulen M, Murray GM, Nixdorf DR, Palla S, Petersson A, Pionchon P, Smith B, Visscher C, Zakrzewska J, and Dworkin SF (2014). Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of Oral & Facial Pain and Headache* 28:6-27.

Version 2/6/2020

Disorder	History		Examination	
	Criteria	SQ	Criteria	Examination Form
Pain Disorders				
Myalgia (ICD-9 729.1) • Sens 0.90 • Spec 0.95	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain in masticatory muscle(s) with either muscle palpation or maximum opening	E4b, E4c, or E9: familiar pain in temporalis or masseter, or in other masticatory muscles if also relevant; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
Myalgia Subtypes				
<u>Local Myalgia</u> (ICD-9 729.1) Sens and Spec not established	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Pain remains local to the area of stimulation	E9: negative referred and spreading pain; and E10: negative referred and spreading pain, if E10 included
<u>Myofascial Pain with Spreading</u> (ICD-9 729.1) Sens and Spec not established	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Spreading (but not referred) pain with muscle palpation	E9: spreading pain; or E10: spreading pain, if E10 included; AND E9: negative referred pain; and E10: negative referred pain, if E10 included

	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
<u>Myofascial Pain with Referral</u> (ICD-9 729.1) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.86 • Spec 0.98 	[same as for Myalgia]	[SQ3 & SQ4]	Confirmation of pain in masticatory muscle(s)	E1a
			Familiar pain with muscle palpation	E9: familiar pain in masseter or temporalis; or E10: familiar pain in supplemental muscles, if E10 included
			Referred pain with muscle palpation	E9: positive referred pain; or E10: positive referred pain, if E10 included
Arthralgia (ICD-9 524.62) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.98 	Pain in a masticatory structure	SQ3	Confirmation of pain in TMJ(s)	E1a
	Pain modified by jaw movement, function, or parafunction	SQ4	Familiar pain with TMJ palpation or range of motion	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar pain in TMJ
Headache Attributed to TMD (ICD-9 339.89 [other specified headache syndrome], or ICD-9 784.0 [headache]) <ul style="list-style-type: none"> • Sens 0.89 • Spec 0.87 Note that for a secondary headache diagnosis, a primary diagnosis of either myalgia or arthralgia is required.	Headache of any type in temporal region	SQ5	Confirmation of headache in temporalis muscle	E1b
	Headache affected by jaw movement, function, or parafunction	SQ7	Report of familiar headache in temporalis area from either: a. Palpation of the temporalis muscle or b. Range of motion of jaw	E4b, E4c, E5a-c, or E9: familiar headache pain in the temporalis muscle

	History		Examination	
<i>Disorder</i>	<i>Criteria</i>	<i>SQ</i>	<i>Criteria</i>	<i>Examination Form</i>
Joint Disorders				
Disc Displacement with Reduction (ICD-9 524.63) • Sens 0.34 • Spec 0.92	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Click(s) with opening <u>and</u> closing, OR	E6: (open & close) click, OR
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient	Both (a) click with opening or closing, and (b) click with lateral or protrusive movements	E6: (open or close) click, and E7: (protrusive or lateral) click
Disc Displacement with Reduction, with Intermittent Locking (ICD-9 524.63) • Sens 0.38 • Spec 0.98	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]	[same as disc displacement with reduction]	[same as DD with red]
	Current intermittent locking with limited opening	SQ11=yes SQ12=no	When disorder present in clinic: maneuver required to open mouth	E8 (optional)
Disc Displacement without Reduction, with Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.80 • Spec 0.97	Current* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) < 40mm	E4c < 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Disc Displacement without Reduction, without Limited Opening (ICD-9 524.63) • Sens 0.54 • Spec 0.79	Prior* TMJ lock with limited opening	SQ9	Passive stretch (maximum assisted opening) ≥ 40mm	E4c ≥ 40mm including vertical incisal overlap
	Limitation severe enough to interfere with ability to eat	SQ10		
Degenerative Joint Disease (ICD-9 715.18) • Sens 0.55 • Spec 0.61	Current TMJ noises by history, OR	SQ8	Crepitus during jaw movement	E6 or E7: crepitus detected by examiner
	Patient reports noise during the examination	E6 or E7: noise reported by patient		
Subluxation (ICD-9 830.0) • Sens 0.98 • Spec 1.00	TMJ locking or catching in wide open jaw position	SQ13	When disorder present in clinic: maneuver required to close mouth	E8 (optional)
	Unable to close mouth without specific maneuver	SQ14		

* “Current” and “Prior” (as based on S9) for distinguishing, respectively, the “with limitation” vs “without limitation” variants of Disc Displacement without Reduction are interpreted based on change over time as determined by history and as confirmed by the clinical examination for jaw range of motion.

Changes to this document

Feb 6, 2020

- “Myofascial Pain” revised to “Myofascial Pain with Spreading”, to reconcile the table with the decision tree previously updated.

July 4, 2018

- For Disk Displacement with Reduction, Examination E7 was clarified by adding “(protrusive or lateral)” for the type of click expected to fulfill criterion.

Oct 23, 2015

- Incorrect sensitivity and specificity values were present for some disorders; this error was identified by an observant translation team leader, and the error is assumed to have emerged during preparation of the table prior to computation of final sensitivity and specificity estimates for the published DC/TMD.

May 25, 2014

- Added “**OR**” to “Current TMJ noises by history” for each of Disc Displacement with Reduction and Degenerative Joint Disease, as per published DC/TMD.
- Added diagnostic criterion note to Headache Secondary to TMD, with regard to necessity of either a myalgia or arthralgia diagnosis in order to have a secondary headache.
- Corrected minor punctuation discrepancies.

April 29, 2014

- Corrected name of disorder “myofascial pain”; was incorrectly stated as “myofascial pain with spreading”.

Axis II Assessment

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
✓	✓	Pain Drawing	Impact Study Research Group Form Version: May 12, 2013
✓	✓	Graded Chronic Pain Scale Version 2.0	Von Korff M. Assessment of chronic pain in epidemiological and health services research: empirical bases and new directions. In: Turk DC, Melzack R, editors. Handbook of Pain Assessment, Third Edition. New York: Guilford Press. 2011. pp 455 – 473. Form Version: May 12, 2013
✓		Jaw Functional Limitations Scale - 8-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
	✓	Jaw Functional Limitations Scale - 20-item	Ohrbach R, Larsson P, and List T. The Jaw Functional Limitation Scale: Development, reliability, and validity of 8-item and 20-item versions. <i>J.Orofacial Pain</i> 22:219-230, 2008. Form Version: May 12, 2013
✓		PHQ-4	Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, and Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. <i>Psychosomatics</i> 50 (6):613-621, 2009. A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium. Form Version: May 12, 2013

Standard Usage		Instrument	Source
Screening	Complete		
	✓	PHQ-9	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 16 (9):606-613, 2001.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	GAD-7	<p>Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, and Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. <i>Arch.Intern.Med.</i> 166 (10):1092-1097, 2006.</p> <p>A text-revision of this instrument is posted at http://www.phqscreeners.com/ and incorporated into the final instrument for the Consortium.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
	✓	PHQ-15	<p>Kroenke K, Spitzer RL, and Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. <i>Psychosom.Med.</i> 64 (2):258-266, 2002.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>
✓	✓	Oral Behaviors Checklist	<p>Ohrbach R, Markiewicz MR, and McCall WD Jr. Waking-state oral parafunctional behaviors: specificity and validity as assessed by electromyography. <i>European Journal of Oral Sciences</i> 116:438-444, 2008.</p> <p>Ohrbach R et al. Oral Behaviors Checklist: Development and validation. Forthcoming.</p> <p>Form Version: May 12, 2013</p>

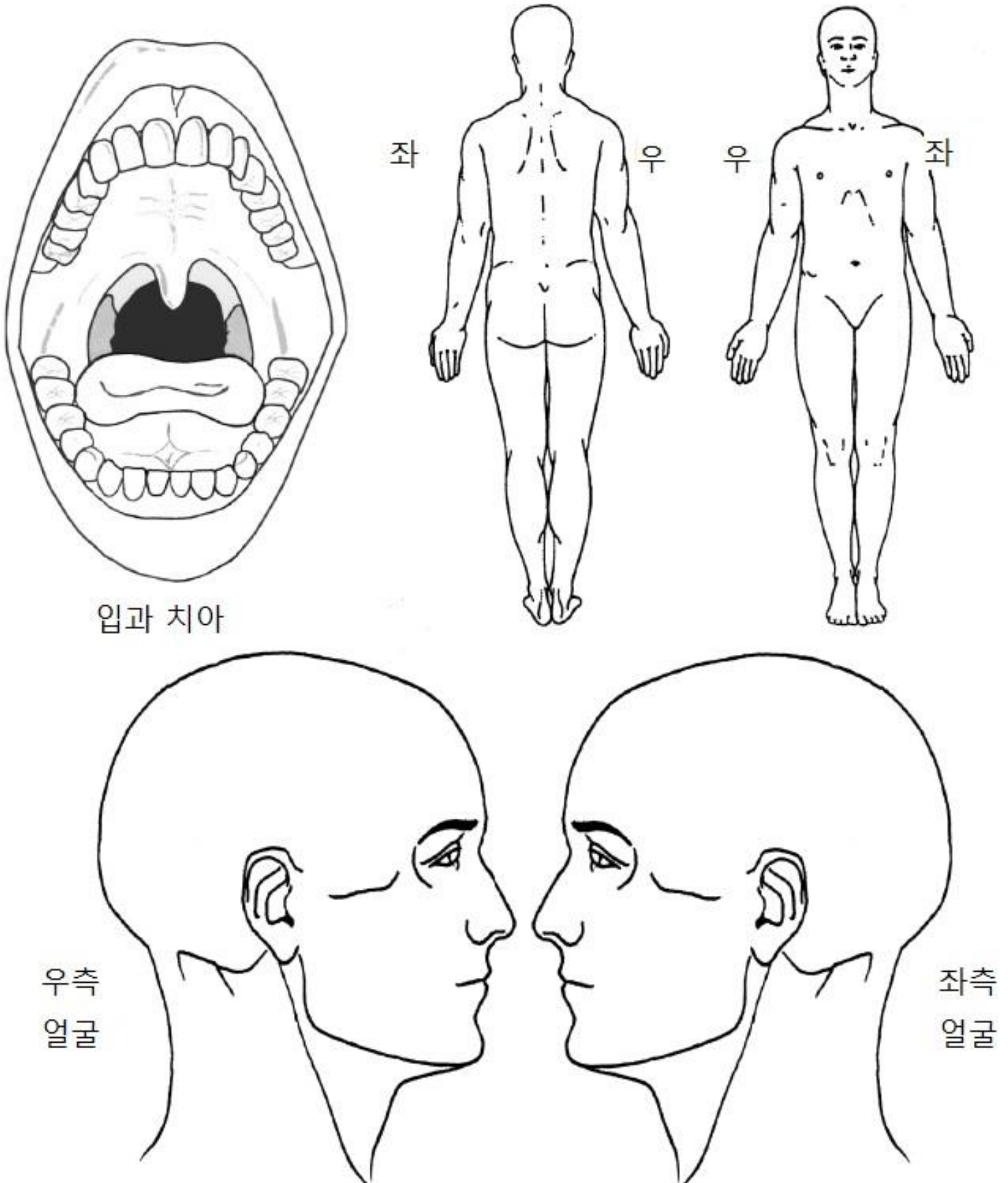
Pain Drawing

통증 그리기

가장 연관되는 그림을 사용하여 당신이 느끼는 **모든** 통증의 위치를 색칠하여 표시하십시오.

통증의 위치가 정확한 부위라면, 속을 채운 점(●)으로 표시하십시오.

통증이 한 위치에서 다른 위치로 움직이면 화살표들로 그 경로를 표시하십시오.



Graded Chronic Pain (version 2)

만성통증 등급 척도 2 판

1. **지난 6개월간** 얼굴부위 통증을 며칠간 느꼈습니까? _____ 일

2. **지금 현재** 당신의 얼굴 부위 통증은 어느 정도입니까? 0부터 10까지의 척도를 사용하여 나타내 주십시오. 0은 "통증 없음" 이고 10은 "가능한 심한 통증"입니다.

통증 없음											가능한 최고의 통증
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3. **지난 30일 동안**, 당신이 느낀 **가장 최고의** 얼굴부위 통증은 어느 정도입니까?
동일한 척도를 사용하여 주십시오. 0은 "통증 없음" 이고 10은 "가능한 최고로 심한 통증"입니다.

통증 없음											가능한 최고의 통증
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. **지난 30일 동안**, **평균적으로**, 당신의 얼굴부위통증은 몇 점입니까? 0부터 10까지의 동일한 척도를 사용하여 나타내 주십시오. 0은 "통증 없음" 이고 10은 "가능한 심한 통증"입니다. [즉, 당신이 통증이 있을 때 느끼는 *일반적인 통증 정도*]

통증 없음											가능한 최고의 통증
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. **지난 30일 동안**, 얼굴부위 통증으로 인해 직장, 학교, 집안일 등의 **일상적 활동**을 하지 못한 것은 며칠입니까? _____ 일

6. **지난 30일 동안**, 얼굴부위 통증이 당신의 **일상 생활**을 얼마나 심하게 방해했습니까? 0부터 10까지의 동일한 척도를 사용하여 나타내 주십시오. 0은 "방해 받지 않음"이고 10은 "어떤 활동도 할 수 없음"입니다.

방해 받지 않음											어떤 활동도 할 수 없음
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. **지난 30일 동안**, 얼굴부위 통증이 당신의 **여가생활, 사회생활 가족 활동**을 얼마나 심하게 방해했습니까? 0부터 10까지의 동일한 척도를 사용하여 나타내 주십시오. 0은 "방해 받지 않음"이고 10은 "어떤 활동도 할 수 없음"입니다.

방해 받지 않음											어떤 활동도 할 수 없음
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. **지난 30일 동안**, 얼굴부위 통증으로 인해 집안일을 포함하여 **일을 할 수 있는 능력**이 얼마나 방해 받았습니까? 0부터 10까지의 동일한 척도를 사용하여 나타내 주십시오. 0은 "방해 받지 않음"이고 10은 "어떤 활동도 할 수 없음"입니다.

방해 받지 않음											어떤 활동도 할 수 없음
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-8

하악 기능 제한 척도 8

다음의 각각의 항목들에 대해 지난 1개월 동안 제한된 정도를 표시하십시오. 그 활동이 너무 어려워서 전혀 할 수 없었다면 10에 표시하시고, 통증이외의 다른 이유에서 그 활동을 할 수 없었다면 그 항목은 비워두십시오.

	제한 없음										심각한 제한
1. 질긴 음식 씹기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 닭고기 씹기 (예를들어, 오븐에 구운것)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 씹을 필요가 없는 부드러운 음식을 먹는 것 (예를들어, 으깬 감자, 사과 소스, 푸딩, 갈아 만든 음식)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. 컵으로 물을 마시기 위해 입을 벌리는 것	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 삼키기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. 하품하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. 말하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. 미소 짓기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

JFLS-20

하악 기능 제한 척도 20

다음의 각각의 항목에 대해 **지난 1개월 동안** 제한된 정도를 표시하십시오. 그 활동이 너무 어려워서 전혀 할 수 없었다면 10에 표시하시고, 통증 또는 어려움 이외의 다른 이유에서 그 활동을 피한다면 그 항목은 비워두십시오.

	제한 없음										심각한 제한
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1. 질긴 음식 씹기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. 딱딱한 빵 씹기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. 닭고기 씹기 (예를 들어, 오븐에 구운 것)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. 과자 씹기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. 부드러운 음식 씹기 (예를 들어, 마카로니, 통조림 또는 연한 과일, 조리된 야채, 생선)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. 씹을 필요가 없는 부드러운 음식을 먹는 것 (예를 들어, 으깬 감자, 사과 소스, 푸딩, 갈아 만든 음식)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. 사과를 통째로 베어 물 만큼 입을 벌리는 것	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. 샌드위치를 베어 물 만큼 입을 벌리는 것	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. 말할 정도로 입을 벌리는 것	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. 컵으로 물을 마실 수 있을 정도로 입을 벌리는 것	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. 삼키기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. 하품 하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. 말하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. 노래하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. 행복한 표정 짓기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. 화난 표정 짓기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. 얼굴을 찌푸리기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. 키스하기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. 미소 짓기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. 웃기	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

PHQ-4

환자 건강 설문지 - 4

지난 2주 동안, 다음의 문제로 얼마나 자주 괴로웠습니까?
상자에 표시하여 주십시오.

	전혀 아니다 0	며칠 1	반이상 2	거의 매일 3
1. 긴장되거나, 불안하거나, 초조함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 걱정을 조절하거나 멈출 수 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 일을 하는데 있어 즐거움이나 흥미가 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 기분이 나쁘거나 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전체 점수				

어떠한 문제라도 체크하였다면, 이러한 문제들이 당신이 일하거나, 집안일 하거나, 다른 사람과 어울릴 때 얼마나 어렵게 하였습니까?			
전혀 어렵지 않다.	다소 어렵다.	매우 어렵다.	극히 심하게 어렵다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-9

환자 건강 설문지 - 9

지난 2주 동안, 다음의 문제로 얼마나 자주 괴로웠습니까?
상자에 표시해주십시오.

	전혀 아니다 0	며칠 1	날들의 반 이상 2	거의 매일 3
1. 무엇인가를 하는데 있어 즐거움이나 흥미가 거의 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 기분이 슬프거나 우울하거나, 희망이 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 잠들기 또는 잠자는 상태를 유지하기 어렵거나, 너무 많이 잔다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 피곤하거나 에너지가 별로 없다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 식욕이 떨어지거나 과식한다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 스스로에 대하여 좋지 않게 생각되거나 자신이 실패자라는 생각이 들거나 자신이나 가족을 실망시켰다는 생각이 든다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 예를 들어 신문을 읽거나 텔레비전을 보는 것과 같은 일에 집중하는 것이 어렵다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 다른 사람들이 알아차릴 정도로 느리게 움직이거나 말한다. 혹은 반대로 가만히 있지 못하고 평상시보다 더 많이 움직인다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 자신이 죽어버리거나 스스로를 다치게 하는 것이 낫다고 생각한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전체 점수				

어떠한 문제라도 체크하였다면, 이러한 문제들이 당신이 일하거나, 집안일 하거나, 다른 사람과 어울릴 때 얼마나 어렵게 하였습니까?			
전혀 어렵지 않다.	다소 어렵다.	매우 어렵다.	극히 심하게 어렵다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GAD-7

GAD - 7

지난 2주 동안, 다음의 문제로 얼마나 자주 괴로웠습니까?
상자에 표시해주십시오.

	전혀 아니다 0	며칠 1	반 이상의 날 2	거의 매일 3
1. 긴장되거나, 불안하거나, 초조함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 걱정을 조절하거나 멈출 수 없음	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 다양한 일에 관하여 너무 많이 걱정함	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 긴장을 푸는 것이 어려움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 안절부절 못해서 가만히 앉아 있기 힘들	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 쉽게 짜증이 나거나 화가 남.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 무언가 안 좋은 일이 일어날 것 같아 두려움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전체 점수				

어떠한 문제라도 체크했다면, 이러한 문제들이 당신이 일하거나, 집안일 하거나, 다른 사람과 어울릴 때 얼마나 어려움을 줍니까?			
전혀 어렵지 않다.	다소 어렵다.	매우 어렵다.	극히 심하게 어렵다.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PHQ-15

환자 건강 설문지 - 15 :신체 증상

지난 2주 동안, 다음의 문제로 얼마나 자주 괴로웠습니까?
상자에 표시하여 주십시오.

	방해 받지 않음 0	조금 방해 받음 1	많이 방해 받음 2
1. 복통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 요통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 팔, 다리, 관절 (무릎, 엉덩이 등)의 통증	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 생리통, 혹은 생리에 의한 다른 문제 [여성만]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 두통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 흉통	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 어지러움	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 실신	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 심장이 강하게 뛰거나 빨리 뛴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 숨이 가쁨	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 성행위시 통증 또는 문제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 변비나 묽은 변 혹은 설사	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 메스꺼움, 방귀, 혹은 소화불량	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 피곤하거나 에너지가 별로 없다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. 수면에 문제가 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전체 점수			

Oral Behaviors Checklist

구강 행동 체크리스트

지난달을 기준으로, 다음의 활동을 얼마나 자주 하셨습니까? 활동의 빈도가 다양하면, 더 높은 것을 선택하십시오. 각각의 항목에 (√) 표시하시고, 항목을 건너뛰지 마십시오.

수면 동안의 활동	빈도				
	없음	한달에 1일 밤 미만	한달에 1-3일 밤	한주에 1-3일 밤	한주에 4-7일 밤
1. 당신이 아는 정보를 바탕으로 잘 때 치아를 짹 물거나 이를 간다	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 턱에 압력을 가하는 자세로 잔다 (예를들어, 옆드리거나, 누워서)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
깨어 있는 동안의 활동	없음	조금의 시간 동안 한다.	일부 시간 동안 한다	대부분 시간 동안 한다	항상 한다.
3. 깨어 있는 동안 이를 간다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 깨어 있는 동안 이를 짹 물고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 식사 시간 이외에 위 아래 이를 다물어 압력을 가하거나, 붙이고 있거나 맞게 하고 있다 (즉, 위 아래 치아가 닿아 있다).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 이를 짹 물거나 붙이고 있지 않은 상태에서 근육들을 유지하거나 긴장시키거나 힘을 주고 있다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 턱을 앞으로 혹은 한쪽 옆으로 내밀거나 유지시킨다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 혀를 치아에 대고 민다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 혀를 치아 사이에 둔다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 혀, 볼, 입술을 깨물거나 씹거나 가지고 논다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 턱을 지지하거나 보호하기 위하여 경직되거나 긴장된 위치에 턱을 유지한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 머리카락, 파이프, 연필, 펜, 손가락, 손톱 등의 물건을 문다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. 껌을 씹는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. 입이나 턱을 사용하는 악기를 연주한다 (예를 들어, 목관악기, 금관악기, 현악기)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<다음 페이지에 계속>

Copyright Ohrbach R. Available at <http://www.rdc-tmdinternational.org>

Version 12May2013. No permission required to reproduce, translate, display, or distribute.

Korean translation by Jin-Woo Chung and Ji-Woon Park

(Department of Oral Medicine and Oral Diagnosis, School of Dentistry, Seoul National University)

15. 턱을 손으로 괴거나 감싸는 것과 같이 턱에 손을 대고 기댄다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. 한쪽으로만 씹는다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. 간식을 먹는다 (씹을 필요가 있는 음식에 해당)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. 말을 지속적으로 한다 (예를 들어, 가르치거나, 판매업에 종사하거나, 고객 관리 서비스)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. 노래를 부른다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. 하품을 한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. 전화기를 머리와 어깨 사이에 끼우고 사용한다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
전체 점수					