TMJ AND RANGE OF MOTION ASSESMENT

Patient: _____ Age: _____

Date:	**Max. Opening**	**Protrusive**	**Lateral Lr. & Rt**	**Clicking** Lt. Rt. No	**Headaches**	**Neck & Shoulder Pain**	**Deviation**	**Deflection**	**Sleep** **1.do u snore** **2.easy 2 fall asleep** **3.stay asleep** **4.do u feel rested**
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.
									1. 2. 3. 4.