



矯正歯科問診票

No. _____

受付日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな お名前	_____	性別 男・女	生年月日 西暦()年 昭・平()年 月 日生()歳
ご住所	〒 _____ - _____	ご連絡先	_____ - _____
学校名(学年) /ご勤務先名	_____	ご連絡先	_____ - _____
保護者お名前	_____	続柄() / 転勤の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
ご住所	〒 _____ - _____	ご連絡先	_____ - _____
ご勤務先名	_____	ご連絡先	_____ - _____

当クリニックを何で知りましたか？

- ご紹介 (_____ 歯科医院 様) 評判を聞いて
 近いから (勤務先 学校 自宅) ホームページ 広告 看板

どの様なことが気になりますか？ *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 出っ歯 受け口 八重歯 歯が凸凹で並びきれない 歯がねじれている 歯と歯の間隙
 前歯がかみあわない 奥歯がかみあわない 前歯のかみあわせが深い 笑うと歯ぐきが見える
 横から見た時に口元が出ている → 上くちびる 下くちびる 上下とも
 前から見た時にあごが横にずれている → 右に 左に
 あごがカクカク音がする 大きく口を開けられない あごが痛い
 その他 (_____)

矯正治療を受けようと思ったきっかけは？

- 自分で歯並びを治したいと思った
→ もともと気になっていた 他の人がやっているのを見て テレビや雑誌を見て
→ その他 (_____)
 親や友人などにすすめられた 学校・勤務先などの歯科健診で指摘された
 当院の患者さんから紹介された (紹介者お名前: _____)
 かかりつけの歯科医師に紹介された (紹介医師名: _____)
 その他 (_____)

矯正治療を受ける際に気がかりなことは何ですか？ *当てはまる項目の□全てに✓をして下さい

- 治療期間 開始時期 どの様な矯正装置をつかうのか 矯正装置の見た目
 費用 歯を抜くのかどうか 痛みがあるか 治療中の歯磨きや虫歯の心配
 その他 (_____)

今までに矯正治療について相談をしたり治療を受けたりしたことがありますか？

- ない
 ある → いつ? (_____)
→ どちらで? (_____)
→ どんな治療? (_____)

治療内容などその他ご希望がありましたらご記載ください

(_____)

当院では患者さまの個人情報の取り扱いと管理に関して、細心の注意を払っております。ご記入下さいました情報は、診療と定期歯科健診のご案内以外の目的では一切使用いたしません。