

矯正問診表

記入日： 年 月 日

ふりがな 氏名		男・女	生年月日（昭和・平成・令和） 歳 ヶ月 日
〒	住所：		電話番号： - -
保護者氏名(治療希望者が未成年の方)：			緊急連絡先： - -
かかりつけ医：	病院・医院		
かかりつけ歯科医：	歯科・クリニック	先生	
最後に治療を受けたのはいつ頃： 年 月頃（ 年前）			

※転勤：無・有（周期： 年くらい・不定期） 転居の予定：無・有（いつ頃： ）

1. 来院の動機にあてはまるものすべてに○をつけてください。

- ・ 歯並びがデコボコしている ・ 咬み合わせが深い ・ 口元が出ている ・ 前歯で咬めない ・ 顎の調子がよくない
- ・ すきっ歯 ・ 顔や顎、口の中のずれ ・ 生まれつき歯の本数が足りない ・ 上の歯が前に出ている ・ 部分的に治療したい
- ・ その他（ ）

2. 歯並びが気になりだしたきっかけは何ですか？ あてはまるものすべてに○をつけてください。

- ・ 歯科医院で指摘された ・ 家族、友人に指摘された ・ 親の歯並びが悪いから（誰ですか： ） ・ 雑誌やテレビを見て
- ・ 永久歯の生え変わる頃 ・ 永久歯になった後 ・ 写真を見て ・ いつも口が開いているから ・ その他（ ）

3. これまでに矯正治療相談または矯正治療を受けたことがありますか？

いいえ・はい（いつ・どこで ）

4. 歯並びによっては永久歯を矯正治療で抜くことに対して →（抵抗がない・抵抗がある・話を聞いて判断したい）

5. 現在内科的病気はありますか？

いいえ・はい（B型肝炎 / C型肝炎 / 高血圧・低血圧 / 貧血 / 糖尿病 / HIV / 蓄膿症 / その他： ）

※お薬について：現在服用中の薬剤はありますか？ あり なし

服用中の薬剤がある方は、お薬の名前(不明な場合は何のお薬か)を教えてください。

（ ）

6. 特異体質・アレルギーはありますか？

いいえ・はい（花粉症 ラテックス 金属 牛乳 麻酔 薬 その他： ）

7. 女性の方のみ

現在、妊娠されていますか？（いいえ・可能性はある・はい： ヶ月）

8. 矯正治療において気になる順に数字を記入してください（1～8番まで）

- 【 】料金について 【 】治療期間について 【 】痛みについて 【 】装置について 【 】歯磨きについて
【 】支払い方法について 【 】通院について(来院ペースや治療期間など) 【 】食事について

9. 矯正装置について、ご希望に○をつけてください（※適応できない症例もございます）

- ・ 特に希望はない ・ 出来るだけ目立たない装置 ・ 取り外し可能な装置
- ・ 多少目立っても費用が抑えられる装置 ・ 費用がかかっても目立たない装置

10. 当院をお知りになったきっかけを教えてください

- 歯科医院に紹介された(先生) 当院の患者または知人(様)
 看板 通りがかり 近所 職場近く Instagram ポスティング 当院 HP(PC・スマホ)
 検索サイト(Yahoo Japan/Google など ※検索ワード: _____) その他()