

# 矯正受診申し込み書

平成 年 月 日記入

(ふりがな) 氏名		(男・女)			
生年月日 (昭和・平成)	年	月	日生	(未婚・既婚)	お子様 (人)
住所 〒		最寄駅		線	駅
TEL: ( )	—	メールアドレス:	@		
勤務先:	TEL: ( )		—		
職業	職業地域	市/町	最寄駅	線	駅

- ・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
  - ・他人に言われて
  - ・健診等で指摘されて
  - ・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？
  - 紹介 (良ければその方のお名前: )
  - 看板・タウンページ・iタウンページ・通りがかり
- ・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)
  - 本人( ) 父( ) 母( ) 兄弟( ) 親戚( ) 友人・知人( )

・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)

○ 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 ( ) 才頃 病院・医師名 ( )

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？

いいえ ・ はい ( ) ・ 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？

いいえ ・ はい ( ) ・ 続柄 ( )

・当院では初回コンサルティングで皆様の不安にお答えします。思いあたること全てに○をつけてください。

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| 1. 自分の歯並びが本当にキレイな歯並びになるか不安             | 2. どこで矯正治療を始めてよいかわからない  |
| 3. 矯正治療が自分にとってベストな治療がわからない (審美治療との違い等) |                         |
| 4. 矯正装置の装着に抵抗がある                       | 5. 矯正治療が身体に影響があるか心配     |
| 6. 器具を口内につけることの影響が心配                   | 7. 治療に抜歯が必要か不安          |
| 8. 治療中の痛みがあるか心配                        | 9. 料金が最終的に幾らになるか不安      |
| 10. 分割支払がどこまで可能か知りたい                   | 11. 通院が学校や仕事の負担にならないか心配 |
| 12. 家族の同意が必要で上手く説明できるか不安               | 13. 年齢的に治療に不安がある        |
| 14. 治療を始めてからの周囲 (職場や学校) の反応が心配         | 15. どのくらいの期間がかかるか不安     |

・その他、本日ぜひ聞きたいこと、ご要望などがあればお書きください

・かかりつけの医師 (医院・病院) TEL ( ) —

・かかりつけの歯科医師 (医院・病院) TEL ( ) —

**ありがとうございました。しばらくお待ちください。**