

氏名： <small>(ふりがな)</small>	(愛称)	(男・女)
生年月日：(昭和・平成)	年 月 日生	
住所： 〒 -		
TEL：() -	最寄駅	線 駅
メールアドレス：	@	
学校名：	最寄駅	線 駅
TEL () -		

保護者

氏名：	(本人との続柄：父・母・)
職業：	TEL：() -

- ・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・親が治したいと思って
 - ・ 他人に言われて・学校で指摘されて・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：はい (人)・いいえ

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() 祖父母()

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)

- 本人の気にしている点

[]

- 保護者の気にしている点

[]

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 ()

裏面にも質問がございますので、お願いいたします。

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ご記入ください。

[]

・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。