



予診票

円滑な矯正相談のためのものです。お手数ですがご記入お願いいたします。

年 月 日

ふりかな		No.
お名前 (本人)	男・女 (保護者)	自宅 TEL
生年月日 (西暦) 年 月 日(歳)	かかりつけ 歯科医院	携帯 TEL
ご住所 〒 -		E-mail
当院を知ったきっかけ ※複数可 【ご紹介】 <input type="checkbox"/> ご紹介者(様) <input type="checkbox"/> かかりつけ歯科医 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 当院ホームページ <input type="checkbox"/> イーパーク <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 当院を直接見て <input type="checkbox"/> パンフレット(どこで) <input type="checkbox"/> その他()		

現在かかっている病気 ない 心臓 肝臓 腎臓 胃・腸 貧血 糖尿病 鼻 HBV・HCV・HIV
心療内科 先天性疾患(病名) その他(病名)

現在飲んでいるお薬 ない ある(薬名)

アレルギー(お薬・食べ物・金属など) ない ある(具体的に)

妊娠の有無 妊娠していない 妊娠中(ヶ月) 予定がある

引越しのご予定 ない ある(頃/場所)

ご本人 | 矯正治療の経験の有無 ない ある(年間/医院名) 現在治療中

ご家族 | 矯正治療の経験の有無 ない ある(ご本人との続柄)

ご家族のかみ合わせについて 同様なかみ合わせの方がいる 祖父母 父 母 兄弟姉妹 いない

矯正治療について すぐに始めたい 始めるつもりだが検討して決めたい 必要かどうか迷っている

矯正相談について 初めて 他院で受けた/受ける予定がある(医院名)

現在気になっていること でこぼこ 八重歯 出っ歯 受け口 すきっ歯 かみ合わせ 顎のゆがみ

※複数可 口元の印象 顎関節症 永久歯の生え変わり 発音 肩こりや頭痛など
セカンドオピニオン その他()

ご希望される治療 適切な診断に基づく治療(必要であれば抜歯も受諾) 歯を抜かない治療

※複数可 部分的な治療 外科手術を併用する治療 治療期間を早めるスピード治療
ホワイトニング その他()

ご希望される矯正装置 表側の白い装置 見えない裏側の装置 目立たないマウスピース方の装置
先生と相談して決めたい こだわらない

治療をするうえで特に心配なこと 治療方法や治療期間 治療中の痛みや不快感 治療結果の信頼性
治療中のむし歯予防 通院のしやすさ 先生とのコミュニケーション
料金や支払い方法 その他()