

## 矯正相談 問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな

患者氏名

性別： 男・女

西暦

年 月

日生(現在

歳)

〒

ご住所：

携帯電話：

自宅電話：

勤務先・学校：

緊急連絡先：

1. 本日はどのようなこととお聴きになりたいですか？（該当する項目すべてにチェックしてください）

- 矯正治療が必要か知りたい
- 矯正治療に対して気になることがあるため、確認したいことがある
- 矯正治療を始めることは決めているが、どんな治療方法で行うか相談したい
- 矯正治療を始めることは決めているが、一般歯科と矯正専門医院で悩んでいる
- 矯正専門医院で治療をすることは決めているが、他の矯正専門医院との違いが知りたい

2. 本日はどのようなことが気になって来院されましたか？（該当する項目すべてにチェックしてください）

- 出っ歯     反対咬合(受け口)     八重歯     叢生(歯がでこぼこで並びきらない)
  - 過蓋咬合(かみ合わせが深い)     過剰歯や欠損歯がある     唇が閉じにくい
  - 歯と歯の間に隙間がある     開咬(前歯がかみ合わない)     奥歯がかみ合わない
  - 笑うと歯茎が見える     口元が出ている     歯の生えている向き
- その他、具体的な症状など ( )

3. 矯正治療について気になると感じていることは何ですか？（該当する項目すべてにチェックしてください）

- 治療期間     治療方法     歯を抜く     矯正治療中の痛み     日常生活に支障がないか
  - 矯正装置が目立つ     費用     費用の支払い方法     治療中の虫歯     治療後の後戻り
- その他 ( )

4. 希望の装置がありましたらチェックしてください（該当する項目すべてにチェックしてください）

- 表側ワイヤー     裏側ワイヤー     マウスピース     全体矯正     部分矯正     最適な装置を希望する



