

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を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





宮崎台おとなこども矯正歯科
Ortodontia clinic