

■ ■ ■ 矯正相談 ■ ■ ■ 成人用

年 月 日 (記入日)

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 女・男 生年月日 19 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)

住所 ☎ \_\_\_\_\_

自宅 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

携帯 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

職種 会社員 / 公務員 / 自営業 / 家事手伝い / 主婦 / その他 勤務先 \_\_\_\_\_

勤務先 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

●どなたかの御紹介ですか？紹介ではなければどちらで秋葉原矯正歯科をお知りになりましたか？

- 当院の患者さんの御紹介  歯科医院からの御紹介  知人の御紹介  電話帳  広告塔  
 ホームページ (HP)  雑誌  その他

具体的にご記入ください ( \_\_\_\_\_ )

●どのようなところを矯正治療で治したいですか？ (具体的にご記入ください)

\_\_\_\_\_

●矯正治療を始めるにあたって一番不安な点は何ですか？ (具体的にご記入ください)

- 治療内容  治療期間  治療開始時期  装置の審美性 (見た目の問題)  費用  虫歯・歯周炎  
 治療に伴う痛み  あと戻り  顔貌の変化  その他

\_\_\_\_\_

●いままで矯正相談を受けられたことがありますか？ YES ・ NO

YES の場合、いつごろ、どちらで相談を受けられたのか。また、その時、治療を開始しなかった理由があればお教えてください。

いつごろ \_\_\_\_\_ どちらで \_\_\_\_\_

理由 \_\_\_\_\_

●矯正治療で歯を抜いて治療をする場合があることを御存知ですか？

もし、あなたの治療で歯を抜く必要があるとしたら、抵抗感がありますか？

- 知っている  知らない  必要ならかまわない  歯を抜くのは抵抗がある

●身長 現時点の身長を記入してください

西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ( \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ ヶ月) : \_\_\_\_\_ cm

