

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 様 女・男 生年月日 19/20 年 月 日 (年齢 歳 ヶ月)

住所 ☎ \_\_\_\_\_

自宅 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯 TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Eメール \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 保護者勤務先会社名 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_

- 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 (学校などで調べて分かる範囲で記入してください)

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

●健康と発育

1. 赤ちゃんの時の栄養 母乳、混合栄養、人工栄養
2. 乳歯のはえ换わりは順調でしたか？ NO, YES
3. 乳歯から虫歯は多かったですか？ NO, YES
4. 顔や口、歯を強く打ったことはありますか？ NO, YES ( )
5. 麻酔をしたことはありますか？ NO, YES
6. 歯を抜いたことはありますか？ NO, YES
7. 血が止まりづらかったりしたことはありますか？ NO, YES
8. 顎（あご）の関節に異常を感じたことはありますか？ NO, YES (痛み、雑音、開口障害、その他)
9. 今までに大きな病気やけがをしたことはありますか？ NO, YES  
A型・B型・C型肝炎 HIV 心臓病 血友病 その他 ( )

●歯並びについて

1. 本人が歯並びの悪いことを気にしていますか？ NO, YES
2. 歯並びを治療することについて本人は気が進んでいますか？ NO, YES
3. 歯並びが悪いことに気がついたのはいつ頃ですか？ ( )
4. ご家族の歯並び  
父： 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 顎のずれ  
母： 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 顎のずれ  
兄弟姉妹 ( )： 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 顎のずれ  
( )： 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 顎のずれ  
( )： 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 顎のずれ  
その他特記事項 \_\_\_\_\_

●歯磨きについて

1. 一日に 回 いつ（朝、昼、晩、食前、食後）
2. 指導を受けたことはありますか？ NO, YES

●癖（くせ）について

1. 指しゃぶりをしていましたか？ NO, YES
2. 衣類、毛布などをかむ癖がありましたか？ NO, YES
3. 舌や唇をかむ癖がありましたか？ NO, YES
4. 鼻がよくつまりますか？ NO, YES
5. 口で呼吸をする癖はありますか？ NO, YES
6. いびきをかきますか？ NO, YES
7. 歯ぎしりをしますか？ NO, YES
8. 特に発音しにくい発音はありますか？ NO, YES ( )
9. 頬づえをつきますか？ NO, YES
10. 吹奏楽をしていますか？ NO, YES (楽器の種類 )

※その他気になることがありましたら、どのようなことでもご相談ください