

■■■ 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)

住所番地 _____

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／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

●今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、抵抗感はありますか？

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

●健康と発育

1. 乳歯から虫歯は多かったですか? NO, YES
 2. 顔や口、歯を強く打ったことはありますか? NO, YES ()
 3. 麻酔をしたことはありますか? NO, YES
 4. 歯を抜いたことはありますか? NO, YES
 5. 血が止まりづらかったりしたことありますか? NO, YES
 6. 額(あご)の関節に異常を感じたことはありますか? NO, YES (痛み、雜音、開口障害、その他)
 7. 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. 自身で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 額のずれ

母: 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 額のずれ

兄弟姉妹 (): 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 額のずれ

(): 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 額のずれ

(): 正常 でこぼこ 八重歯 出っ歯 うけ口 開咬 額のずれ

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. 類づえをつきますか? NO, YES

※アレルギーや妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方もご相談ください

※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