



しま歯ならび矯正歯科 初診問診票

ふりがな お名前	_____	性別 男・女	生年月日 西暦()年 昭・平()年 月 日生()歳
ご住所	〒 -	ご連絡先 - -	
学校名(学年) /ご勤務先名		ご連絡先 - -	
保護者お名前		続柄() / 転勤の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
ご住所	〒 -	ご連絡先 - -	
ご勤務先名		ご連絡先 - -	

1. 当院をお知りになったきっかけを教えてください

ご紹介 (歯科医院 様) 評判を聞いて

近いから (勤務先 学校 自宅) ホームページ 広告 看板
2. 今まで下記の病気にかかったり、検査で異常を指摘されたりしたことがありますか。
また、現在飲まれているお薬がございましたらご記入ください。

ある(下記の当てはまる項目全てに☑をしてください) ない

慢性鼻炎 アレルギー性鼻炎 肝疾患 高血圧 HIV 喘息 糖尿病 心疾患

腎臓病 リマウチ 妊娠中

その他() 飲み薬()
3. どのようなことが気になりますか？ 当てはまる項目全てに☑をして下さい

出っ歯 受け口 八重歯 歯がガタガタしている 歯がねじれている 歯と歯の間の隙間

前歯がかみあわない 奥歯がかみあわない 前歯のかみあわせが深い 笑うと歯茎が見える

横から見た時に口元が出ている 口で呼吸する癖がある いびきをかく 常に口が開いている

前から見た時にあごが横にずれている → 右に 左に

あごがカクカク音がする 大きく口を開けられない あごが痛い

その他()
4. 矯正治療を受けようと思ったきっかけは何ですか？

自分で歯ならびを治したいと思った

→ もともと気になっていた 他の人がやっているのを見て テレビや雑誌を見て

→ その他()

親や友人などにすすめられた 学校・勤務先などの歯科健診で指摘された

当院の患者さんから紹介された(紹介者お名前:)

かかりつけの歯科医師に紹介された(紹介医師名:)

その他()
5. 矯正治療を受ける際に気がかりなことは何ですか？ 当てはまる項目全てに☑をして下さい。

治療期間 開始時期 どの様な矯正装置をつかうのか 矯正装置の見た目

費用 歯を抜くのかどうか 痛みがあるか 治療中の歯磨きや虫歯の心配

その他()
6. 今までに矯正治療について相談をしたり治療を受けたりしたことがありますか？

ない ある(年前くらい 相談内容:)
7. 治療内容についてご希望はありますか？当てはまる項目全てに☑をして下さい。

ワイヤー矯正 マウスピース矯正 舌側(裏側)矯正 部分矯正 その他()