

問 診 票

ふりがな: 生年月日: 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

氏 名: _____ 性別 男・女

電話番号: _____ 携帯番号: _____

自宅住所: 〒 _____

勤務先・通学先: 自営・会社員・主婦・学生・その他(_____)

名称: _____ 学年: _____

メールアドレス: _____

当院をお知りになったきっかけ: 当院 HP・矯正歯科ネット・EPARK 歯科・その他(_____)

ご紹介(お名前 _____)(医院名 _____)

■保護者・家族(治療される方が未成年・学生の場合)

ふりがな:

氏 名: _____ 続柄 _____

電話番号 _____ 携帯番号 _____

自宅住所 〒 _____

■健康状態について

入院等大きな病気・けがをしたことはありますか? はい・いいえ

いつ頃? _____ どのような? _____

現在通院中ですか? はい・いいえ

人にうつしてしまう様な病気がありますか? はい・いいえ

既往歴に該当するものに○をつけてください。

出血性の病気・肝炎・糖尿病・喘息・肝機能障害・唇、顎、口蓋裂・腎機能障害・発音、発語障害
ひきつけ・聴覚障害・扁桃腺摘出・アデノイド摘出・その他(_____)

何かお薬を飲んでいますか? はい・いいえ

薬の種類は? _____

アレルギーはありますか? はい・いいえ (食べ物・金属・飲み薬・塗り薬など過去に症状が出たものも含む)

アレルギー: _____ どんな症状がでたか: _____

鼻はつまりやすいですか? はい・いいえ・時々

妊娠または授乳中ですか? はい・いいえ

出血が止まりにくいことはありますか? はい・いいえ・わからない

歯科医院やそれ以外の病院で麻酔の経験はありますか? はい・いいえ・わからない

■抜歯について

歯を抜いたことがありますか? はい・いいえ・覚えていない

はいと答えた方は、乳歯ですか? 永久歯ですか? 乳歯・永久歯・覚えていない

その時に気分が悪くなったことがありますか? はい・いいえ・覚えていない

裏面もごさいます

■睡眠中について

- 歯ぎしりをしますか？ はい・いいえ・覚えていない
- いびきをかきますか？ はい・いいえ・覚えていない
- 指しゃぶりをしますか？またはしていましたか？ はい・いいえ・覚えていない
- 口呼吸をしますか？ はい・いいえ・時々

■癖について

- 唇を噛む はい・いいえ・時々
- 爪を噛む はい・いいえ・時々

■あごについて

- あごや歯を強く打ってケガをしたことがありますか？ はい・いいえ・わからない
- あごの関節の音がする はい・いいえ・時々
- あごの関節が痛む はい・いいえ・時々
- 口を大きく開けられない はい・いいえ・時々

■歯並びについて

【気になるもの全てに丸をして下さい】

- ・デコボコしている ・上の歯が出ている ・下の歯が出ている ・横顔（口元がでている）
・噛んだとき上と下の歯が噛み合わない ・噛み合わせが深い ・笑ったときの歯と歯茎の見え方
・その他（)

気になりだしたきっかけは何ですか？ _____

ご家族やご親戚で似た歯並びの方はいらっしゃいますか？ はい・いいえ

■現在、不安に思っておられる項目にチェックを入れてください

- 治療にかかる費用・支払方法
- 治療の期間がどのくらいかかるか
- 治療に抜歯が必要かどうか
- 治療中の痛みがあるのか
- 治療を始めてからの周囲(職場・学校)の反応
- 矯正装置の見た目
- 治療中に引っ越しをするかもしれない
引っ越しをする場合【丸をつけて下さい → (進学・就職・転勤) (通える・通えない)】
- 歯科矯正と審美の違いがわからない
- その他 ()

■本日の無料カウンセリング後、精密検査 ¥30,000 (税込) を希望しますか？ はい・いいえ

(精密検査の内容は、レントゲン・口腔内写真・顔写真・歯型をとります。だいたい 20 分前後です)

ご記入いただきありがとうございます