

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・どちらでもない

繋がりやすいお電話番号： _____

住所：〒 _____

勤務先・通学先：自営・会社員・フリーター・主婦・学生・その他(_____)

名称： _____

学年： _____

当院をお知りになったきっかけ

当院HP・矯正歯科ネット・イーパーク歯科・インビザドクター・Instagram・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・学生の場合ご記入ください)

ふりがな： _____

氏 名： _____ 続柄 _____

繋がりやすいお電話番号： _____

■健康状態について

入院等の大きな病気・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があれば○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(_____)

服用中のお薬はありますか？ はい・いいえ 何のお薬ですか？(_____)

お薬の名前： _____

アレルギーはありますか？（花粉症も含む） はい(アレルギーの種類： _____)・いいえ

金属アレルギーはありますか？ はい(金属の種類： _____)・種類はわからない・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

妊娠または授乳中ですか？ はい・いいえ

■抜歯について

歯を抜いたことがありますか？ 乳歯を抜いた・永久歯を抜いた・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

■睡眠中について

歯ぎしりをしますか？ はい・いいえ・わからない くいしばりをしますか？ はい・いいえ・わからない

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・わからない

■癬について

裏面もご記入をお願いします

唇を噛む癖はありますか？ はい・いいえ・時々 爪を噛む癖はありますか？ はい・いいえ・時々

■あごについて

あごや歯を強く打ったことがありますか？ はい・いいえ・わからない

いつ頃： _____ どのような： _____

あごの関節から音がしますか？ はい・いいえ・時々音がする(右・左・両側)

あごの関節が痛みますか？ はい・いいえ・時々痛む(右・左・両側)

口を大きく開けられない時がありますか？ はい・いいえ・時々開けられない

■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・Eライン)
- ・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 ・歯と歯茎の見え方(ガミースマイル)

(_____ そ の 他 _____)

気になりだしたきっかけはありますか？ _____

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(続柄： _____)・いいえ

■カウンセリングについて

他院にて矯正のカウンセリングを受けたことがありますか？ はい・いいえ

いつ頃： _____ 何回目： _____

これからカウンセリングに行く予定はありますか？ はい・いいえ

■本日のカウンセリングで聞きたいことや不安なことがあればご記入ください

矯正の装置について、料金について...等

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

■お引っ越しについて

治療中にお引っ越しをする可能性がありますか？ はい・いいえ

お引っ越しをした場合に通院は可能ですか？ はい・いいえ

■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

★精密検査では、レントゲン・口腔内写真・顔写真・口腔内スキャンを撮らせていただきます。
お時間はだいたい20分前後です