

受診申込書

年 月 日記入

本人

<small>(ふりがな)</small> 氏名	(男・女) 未成年の場合保護者との続柄		
生年月日(昭和・平成)	年	月	日生(歳 か月)
住所〒	TEL ()		—
連絡先携帯番号	メールアドレス	@	
交通手段—電車・バス・車・自転車・徒歩・その他	学校名	または勤務先	

保護者(ご本人が未成年の方のみご記入ください)

氏名	本人との続柄
職業	連絡先携帯番号

- ・来院の動機は何ですか？
 - ・本人が自ら進んで治したいと思って
 - ・親が治したいと思って
 - ・他人に言われて・学校で指摘されて
 - ・歯科医に指摘または紹介されて

・本日ご来院されるにあたって、矯正についてご相談された方はいますか(人)

・当医院を知った方法は？

- ・ホームページ・電話帳・通りがかり・紹介・新聞・その他()

 ここを紹介された方を教えてください()

・歯並びを誰がどの程度気にしていますか？ (1. 気にしていない 2. ほんの少し 3. 非常に)
 上の番号をご記入ください 本人() 父() 母() 兄弟() 祖父母()

・現在の歯並びでどういう点が気になりますか？(具体的に記入してください)

○本人の気にしている点(特に無い場合は、「なし」とご記入ください)

○保護者の気にしている点

・痛いところがありますか？(ない・ある)

・ある場合それはどこですか？(歯・歯ぐき・舌・上あご・下あご・あごの関節)

.....

・以前に矯正治療を受けたことがありますか？(ない・ある) 医院・医師名 ()

()才頃

・ご家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか？ (ない・ある)・続柄 ()

・ご家族の中で自分と似た歯並びをした方がいらっしゃいますか？(ない・ある)・続柄 ()

・かかりつけの歯科医院 (ない・ある) 医院名 ()

ありがとうございました。しばらくお待ちください。

受診申込書 2

相談内容で思い当たること全てにチェックをつけてください。

- 治療に歯を抜く必要があるか心配
- 治療中の痛みがあるか心配
- どのくらいの期間がかかるか心配
- 年齢的に矯正治療が可能か知りたい。
- 自分の歯並びが本当にきれいになるか心配
- 矯正装置を装着することの影響が心配
(具体的に→見た目が気になる 食事がしにくい 虫歯になるのが心配)
- 矯正治療が自分にとってベストな治療かがわからない (審美歯科との違い)
- 通院が学校生活の負担にならないか心配
- 通院が仕事の負担にならないか心配
- 矯正治療が身体に影響があるか心配 (妊娠した場合など)
- 仮に引っ越した場合にはどうなるか知りたい。
- 分割支払いがどこまで可能か知りたい。
- 料金が最終的にいくらになるか知りたい。
- その他、本日ぜひ聞きたいこと、ご要望などがあればお書きください

矯正治療を始めるに当たって重要視する順に1~7の番号をご記入ください。

- () 矯正料金
- () 料金が分割可能かどうか
- () クレジットカード払いが可能かどうか
- () 表側矯正、裏側矯正、マウスピース矯正などの装置の選択
- () 認定医・専門医の資格や矯正治療経験年数
- () 自宅や職場からの距離
- () 矯正治療期間

質問欄

矯正治療上、健康な歯でも抜歯が必要になることがある。

- 1) 絶対に抜きたくない
- 2) 必要ならやむをえない
- 3) ある程度抜かずに治療してから、抜くかどうかを決めたい

装置を着けてからの歯磨きは、時間をかけて丁寧に磨かなければならない。

- 1) 食後は必ず磨くつもりである
- 2) できるだけ磨くつもりである
- 3) わからない

治療期間が長い但最终まできちんと通院できる。(通常は2～3年、長いときは4～5年)

- 1) 自信がある
- 2) できると思う
- 3) わからない

治療に時間がかかるときは習い事やクラブを休まなければならないことがある。

- 1) 絶対に休みたくない(予約が先になってもかまわない)
- 2) 年に1～2回ならかまわない
- 3) かまわない

装置は指示通り使用しないと治療期間が長引いたり、きれいに治らなかつたりすることがある。

- 1) どんな装置でも十分協力できる
- 2) 装置の内容によっては協力できる
- 3) できるだけ協力したい

矯正治療後、保定装置の破損、親知らずの影響、あごの過剰な成長により、後戻りすることがある。

- 1) もう一度装置を着けてもぜひ再治療したい
- 2) 治療期間が6か月ぐらいなら、もう一度装置を着けてもよい
- 3) わずかな後戻りならあまりに気にならない
- 4) わからない

下記の項目についてお答えください。

矯正治療を希望された動機

- 1) 歯並びが何となく心配
- 2) 歯並びの外観が悪い
- 3) 歯並びが悪いと虫歯や歯肉炎にかかりやすい
- 4) よく噛めない
- 5) 発音がはっきりしない
- 6) 口もとの外観がきになる
- 7) 口呼吸や指しゃぶり等の悪い習慣を止めさせたい
- 8) その他 具体的にお書きください ()

矯正治療によりどこを治したいですか。

- 1) 治す必要があるか知りたい
- 2) 前歯だけきれいにしたい
- 3) 前歯だけでなく奥歯もきれいにしたい
- 4) 口もとの外観も含めて全体をきれいにしたい
- 5) その他 具体的にお書きください ()

矯正治療中の歯の痛みに関して

- 1) 非常に心配
- 2) ある程度心配
- 3) あまり心配していない

矯正治療は、他の歯科治療といろいろな点で異なりますが、各項目がごとに○印を記入してください

	よく知っている	大体知っている	少しなら知っている	全然知らない
治療期間は長いが通院回数は1か月1~2回でよい				
健康な歯でも治療上何本か抜歯することがある				
装置には固定式のもの、取り外しのできるものがある				
必要に応じて口の外で使用する装置を使うこともある				
治療中はとくに、歯を磨かなければならない				