

《矯正治療専用初診カード》

矯正治療についてのご説明を的確に行えるよう、できるだけ詳細にお書きください。

本人

ふりがな

氏名 _____ 性別 男・女
生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 才 ヶ月
住所 〒 _____ 電話 (_____) - _____
在学学校名 (学年) または勤務先 _____

保護者の方

氏名 _____ 本人との続柄 _____
転勤の有無 有 (年ごと) ・無

● どういうところを治療したいと思いますか？

本人 _____
保護者の方 _____

● 治療に対する気持ちについてお伺い致します。歯並びの悪いのを誰がどの程度気にしていますか？該当するものを○で囲みお答え下さい。

本人 (気にしていない・ほんの少し・非常に)
保護者の方 (気にしていない・ほんの少し・非常に)
その他 (具体的に _____) (気にしていない・ほんの少し・非常に)

● 今回来院された‘きっかけ’はなんでしたか？該当する番号を囲って下さい。

①本人が進んで治したいと思って ②親(親族)が治したいと思って ③他人に言われて
④歯科検診で ⑤歯科医に紹介されて(歯科医院名 _____ 先生の名前 _____)

● 矯正治療における抜歯についてどのようにお考えですか？該当するものを○で囲みお答え下さい。

本人 (絶対に抜きたくない・必要なら仕方ない・抜いてもいい)
保護者の方 (絶対に抜きたくない・必要なら仕方ない・抜いてもいい)

● 矯正治療について聞きたいことをご自由にお書き下さい。

記入ありがとうございました。