



# ももい矯正歯科クリニック

## 問診表

受付 年 月 日

ふりがな		ふりがな	
お名前		保護者名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)	性別:	男 ・ 女
自宅住所	〒 ー		
	TEL ( ) ー		
	携帯電話 ( ) ー		
勤務先・学校	TEL ( ) ー		
緊急連絡先 (必ずご記入下さい)	携帯/自宅/その他 ( )	TEL ( )	ー
<p>歯科矯正治療におきまして、御本人、保護者の方の考え等が重要となります。下記の質問事項につきまして、分かる範囲で該当する項目にチェックをつけてください。歯科矯正治療を進めていく上での参考にさせていただきます。</p> <p>なお、患者様のプライバシーを守るために、この問診表をコピーやデータとして残しません。この原本を厳重に保管することをお約束します。</p> <p style="text-align: right;">ももい矯正歯科クリニック 院長 桃井 裕</p>			
<p>1. 当院をお知りになった理由は？</p> <p><input type="checkbox"/> 歯科医師の紹介 ( ) 先生) <input type="checkbox"/> 知人・御家族の紹介 ( ) 様)</p> <p><input type="checkbox"/> インターネット・ホームページを見て <input type="checkbox"/> 駅等の看板を見て</p> <p><input type="checkbox"/> 新聞・雑誌等を見て ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>2. 歯並びで気になるところはどこですか？</p> <p><input type="checkbox"/> 前歯が出ている <input type="checkbox"/> ガタガタ <input type="checkbox"/> 受け口 <input type="checkbox"/> 咬み合わせが悪い (うまく咬めない)</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>3. お顔立ち、口元で気になるところはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 上唇が出ている <input type="checkbox"/> 下唇が出ている <input type="checkbox"/> 口元に閉まりがない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>4. 矯正治療に対する積極性を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 絶対治療したい <input type="checkbox"/> 必要なら治療したい <input type="checkbox"/> できれば治療したくない <input type="checkbox"/> 相談のみ</p> <p>5. 矯正治療に対する不安はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 装置が目立つのでは？ <input type="checkbox"/> 痛そう <input type="checkbox"/> 金額面</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>6. 希望する矯正装置はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 外から見えない (歯の裏に付ける) 装置 <input type="checkbox"/> 目立ちにくい透明な装置</p> <p><input type="checkbox"/> 見た目より治療スピードが早い装置 <input type="checkbox"/> 相談の上決めたい</p> <p>7. 歯並びの他に気になるところはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 歯の色 <input type="checkbox"/> 歯の形 <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯茎の状態 <input type="checkbox"/> あごの状態</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>8.</p> <p>9.</p>			

