

# 矯正治療問診票

令和 年 月 日

## 1. 本人

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 性別：男・女

生年月日：S・H・R 年 月 日 年齢：満 歳 カ月

TEL（自宅）： \_\_\_\_\_ TEL（携帯）： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

在学名または勤務先： \_\_\_\_\_

メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

※メールアドレスをご登録いただくと、次回より予約日前日に予約確認メールが自動送信されるようになります。

## 2. 保護者（患者本人が未成年の方のみ）

ふりがな

氏名： \_\_\_\_\_ 本人との続柄：父・母・その他

TEL： \_\_\_\_\_ TEL（勤務先）： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

職業・勤務先 \_\_\_\_\_

## 3. 家族構成と家族の歯並びの状態

続柄	氏名	年齢	歯並びの状態	矯正治療の経験	続柄	氏名	年齢	歯並びの状態	矯正治療の経験
				有・無					有・無
				有・無					有・無
				有・無					有・無

※歯並びの状態の記入例…良い、少し出っ歯、ひどい出っ歯、うけ口、乱ぐい歯、八重歯等

## 4. 現在どのような点を気にされていますか？（複数回答可）

- 出っ歯 うけ口 乱ぐい歯 八重歯 元元の突出 噛み合わせが悪い  
前歯がガタガタに生えてきた 顔が曲がっている 顎の関節の音 顎の痛み  
口が開けにくい 前歯が開いている 笑った時の歯と歯茎の見え方  
その他： \_\_\_\_\_

## 5. 気になる項目があればご選択ください（複数回答可）

- 歯並びが改善するかどうか 痛みについて 治療期間について 費用について  
支払方法について 開始時期について 矯正装置の種類について  
矯正装置の見た目について 転居などがあった場合について

## 6. 健康状態について

- 現在服用している薬はありますか？ ない ある（ \_\_\_\_\_ ）
- 大きな病気や手術等をしたことがありますか？  
ない ある（いつ頃： \_\_\_\_\_ 内容： \_\_\_\_\_ ）
- 基礎疾患はありますか？  
ない  
呼吸器疾患（ \_\_\_\_\_ ） 耳鼻科疾患（ \_\_\_\_\_ ） 心臓疾患（ \_\_\_\_\_ ）  
血液疾患（ \_\_\_\_\_ ） 肝・腎疾患（ \_\_\_\_\_ ） その他（ \_\_\_\_\_ ）