

- アレルギーはありますか？ ない
 薬物（ ） 食べ物（ ） 金属（ ）
 乳製品（ ） 花粉（ ） その他（ ）

7. 来院のきっかけ

- 歯科医院の紹介： 歯科医院名
 患者さんの紹介： 患者名
 知人の紹介： 紹介者名
 ホームページ 看板 電話帳 近所なので その他

8. 歯並びが気になりだしたきっかけ、歯並びで困っていること

9. 治療はどなたが希望されているか

- 本人 父 母 その他

10. 本人の積極性

- 是非治したい 治したい よく分からない 治したくない

11. 他院で矯正治療の相談をしたことがあるか

- ある ない

12. かかりつけの歯科医院

- 紹介元の歯科医院 特になし その他：歯科医院名

13. その他、ご質問やお話したいこと等ございましたら、ご自由にご記入ください

.....
.....
.....
.....

◆◆スタッフ記入欄◆◆