

受診申込書

20 年 月 日

(ふりがな) 氏名		性別 男 ・ 女	生年 月日	(西暦) 年 月 日	才
住所 〒			TEL () -		
ご自宅最寄駅	線	駅	未婚・既婚	お子様 人	
学校名	職業：()		最寄駅	線	駅
勤務先			職場地域	市/町	
保護者氏名			本人との続柄		

1. 来院の動機は何ですか？

本人が自ら治したいと思って 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

2. 矯正についてご相談に行かれた歯科はありますか？(1,はい 2,いいえ, どちらの歯科に行かれましたか？ 歯科 いつ頃？)

3. 当院を知った方法は？

タウンページ 広告 ホームページ スマイルゲット 通りがかり 駅看板
 紹介 ここを紹介された方を教えてください() 様/先生)

4. 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)

本人() 父() 母() 兄弟() 祖父母()

5. 現在の歯並びでどのような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	
保護者の気にしている点	

6. 痛いところはありますか？(ある・ない) それはどこですか？(歯・歯茎・舌・上あご・下あご・あごの関節・その他)

7. 以前に矯正治療を受けた事がありますか？(ある・ない) ()才頃 医師名()

8. 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？()・続柄()

9. ご家族の中でご自分に似た歯並びの方はいらっしゃいますか？()・続柄()

10. 治療費についていくぐらいをお考えですか？ 1. 50万～60万 2. 60万～70万円 3. 70万～80万円 4. 100万円～

11. 矯正治療期間はどのぐらいとお考えですか？ 1. 1年以内 2. 1年～2年 3. 2年～3年 4. 3年以上

12. 初回カウンセリングで不安にお答えします。思いあたる項目すべてに丸をつけて下さい。

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1.自分の歯並びが本当にきれいになるのか不安 | 2.矯正治療が自分にとって一番良い治療か分からない(審美治療との違い等) |
| 3.装置に抵抗がある | 4.どのぐらいの期間がかかるか心配 |
| 5. 矯正治療の体への影響が心配(妊娠した時) | |
| 6.治療器具が体に合うか心配 (A.アレルギー B.食事がしにくい C.むし歯になるか心配) | |
| 7.治療中の痛みが心配 | 8.治療に抜歯が必要かどうか不安 |
| 9.料金の分割支払いが可能かどうか | 10.料金が最終的にどのぐらい必要なのか心配 |
| 11.料金の分割支払いがどこまで可能か知りたい | 12.通院が学校や仕事の負担にならないか心配 |
| 13.家族の同意が必要でうまく説明できるか心配 | 14.治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配 |
| 15.年齢的に治療が可能か知りたい | 16.どこで矯正歯科で治療を始めて良いか分からない |
| 17.仮に引越した場合どうなるか知りたい | |

13. かかりつけの歯科医師(医院・病院)を教えてください。 病院名: _____ TEL() -

14. 治療で重視される事を重要な順に1～3の番号でお答え下さい。(カッコの中に数字を入れて下さい)

()とにかく早く(治療期間) ()詳しい説明 ()装置が目立たない ()歯を抜かない ()治療技術の高さ ()通いやすさ

15. 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下さい。

16. 今後、当院から連絡させて頂いても構わないですか？1.はい(電話・メール @) 2.いいえ