

フリガナ
氏名 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 年令 _____ 才

住 所 〒 _____ Phone _____

勤務先及び学校名 _____ Phone _____

転勤及び転校の可能性 YES・NO ※YES と答えた方 時期 _____ 頃・場所 _____ へ

保護者及び配偶者の氏名 _____ 職 業 _____

緊急連絡先 _____ Phone _____

かかりつけの医師（医院・病院） _____ Phone _____

かかりつけの歯科医師（歯科医院） _____ Phone _____

どのようにして当院をお知りになりましたか。○で囲んでください。

(①歯科医師（医院）の紹介 _____ 先生 ②友人の紹介 _____ 様 ③HP)
(④看 板 ⑤Instagram・TikTok ⑥その他 _____)

矯正治療を希望される方へ

ご予約いただいた時間を、より充実したものにするために
お手数ですが、いくつかのご質問にお答えいただいた上で、
お約束の日にお持ち下さい。

スタッフ一同、心よりお待ち申し上げます。

<YES か NO を選び、YES の場合には、さらに続く質問についてお書きください>

YES NO

(健康状態)

- 現在、医師の治療を受けていますか。
- 以前に比較的大きな病気をした事がございますか。 病名_____ 年令_____
- 以前に(心臓・肝臓・腎臓・血液)に疾患があると言われた事がございますか。 病名_____
- 以前に鼻疾患がございましたか。(現在ございますか) 病名_____ 年令_____
- 常用している薬物はございますか。 薬名_____
- 薬や食品、金属に対してアレルギーはございますか。 薬・食品・金属名_____

(歯の健康状態)

- 現在、医師の治療を受けていますか。
- 以前に歯周病(歯肉炎)だと言われた事がございますか。 年令_____
- 以前に歯石を取られた事がございますか。 いつ頃ですか_____
- 歯ブラシの指導を受けた事がございますか。 いつ頃_____ その方法(縦みがき・横みがき・その他_____法
1日に何回歯磨きをなさいますか。 _____回
- 冷たい物が歯にしみたり食べ物がかはさまる事がございますか。 部位は?_____
- あくびをしたり、食事中に顎に変な音がする事がございますか。 どんな時にですか_____
- 以前に顎が痛み、大きく口を開けられなくなった事がございますか。 年令_____才頃
- 以前に顔・口・下顎を強く打たれた事がございますか。(顔・口・顎) 年令_____才頃
- 日中、歯を強くくいしばる事がございますか。 どの様な時ですか_____
- 肩こりを感じる事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- 耳鳴りがする事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- 風邪ではないのに頭痛がする事がございますか。 YES と答えた方はいずれかを○で囲んでください。
(・ほとんど毎日ある ・毎日ではないが頻繁にある ・ときどきある)
- 現在、過去において下記のような癖がございますか。(ございましたか) ○で囲んでください。
(
 - ・物を咬む(爪・唇・鉛筆・楽器のリード・その他_____)
 - ・寝る時に特定の姿勢をとる ・頬杖をつく
 - ・口を開けて息をする ・歯ぎしりをする ・いびきをかく)
- 現在、お口の中、及び口もとで、気になる場所はどこですか。 ○で囲んでください。(いくつでも)
・上の歯が出ている ・うけ口(反対咬合) ・歯のでこぼこ(八重歯) ・歯のすき間
・前歯が咬み合わない ・奥歯の噛み合わせ ・口もとが出ている ・口もとが引っ込みすぎている
・咬みにくい ・発音しにくい ・その他_____
- 以前に矯正治療を受けた事がございますか。 医師・医院名_____ 才頃
- 御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) _____
- 御家族の中で自分と似た歯並びをしている方はいらっしゃいますか。 _____

☆その他、特異体質や治療の手助けとなることがございましたらお書き下さい。御協力ありがとうございました。
