

矯正相談を受けられる方へ

年 月 日

ふりがな

お名前： _____

生年月日： _____ 年 月 日生（ _____ 歳） 性別：（ 男 ・ 女 ）

住所： _____

電話番号： _____

お手数ですが、以下のアンケートにお答え下さい。

- ・ 記入されているのは、ご本人ですか？ （ はい / いいえ ）
- ・ 歯並び・かみ合わせで、気になっているところ（治したいところ）はどこですか？
できるだけ具体的にお書きください。

- ・ 現在、全身のご病気にかかっていますか？ （ はい / いいえ ）

はいの方は病名： _____

- ・ 今までに、全身の大きな病気をされた事がありますか？ （ はい / いいえ ）

はいの方は病名： _____

- ・ 歯科治療についてお伺いします。あてはまるものすべてに、印をつけてください。

むし歯の治療をしたことがある 麻酔の注射をしたことがある
歯を抜いたことがある 歯科治療で具合がわるくなったことがある

- ・ お薬、その他にアレルギーはありますか？

ない（あるいは不明）
ある 花粉 _____ お薬 _____
金属 _____ その他 _____

- ・ 今までに、血が止まりにくかった事がありますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ あてはまるものすべてに、印をつけて下さい。

扁桃腺がよく腫れる 鼻がよく詰まる 指しゃぶりをする
いびきをかく 歯ぎしりをする 肩こりがひどい
奥歯でよくかめない 前歯でものがかめない 歯に力がいらない
あごが疲れやすい 口が開きにくい あごに痛みがある
口を開けるとときに、あごに「コキ」という音・違和感がある

- ・ ご本人は歯ならびの悪い事を気にしていますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ 歯並びを治す事にご本人の気持ちが進んでいますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ 当医院をどちらでお知りになりましたか？ _____

- ・ その他、不安な点、聞いておきたいことがございましたらお書きください。

永田歯科医院