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 小学　年生 中学 高校 大学
住所　〒			TEL（　　）　―		
ご自宅最寄駅	線　　駅	未婚・既婚	お子様　　人		
学校名 勤務先	職業：（　　）	最寄駅	線　　駅		
		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？（複数選択可）

☐ 本人が自ら治したい　☐ 親が治したい　☐ 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

☐ 始められるなら今すぐ治療を始めたい　☐ どこの歯科で治療を始めて良いか分からない　☐ 話だけ聞きたい

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　＿＿＿＿歯科 いつ頃＿＿＿＿　2,いいえ)

3. 当院を知った方法は？

☐ 広告　☐ ホームページ　☐ 通りがかり　☐ 駅看板　☐ 紹介（　　　様/先生)

5. 現在の歯並びでどういう点が気になりますか？(具体的に記入してください)

6.どういう時に気になりますか？（　　　）

7.いつ頃から気にしていますか？（　　）　日常生活に支障はありますか？（ある･ない）

9. 痛いところはありますか？(ある（歯･歯茎･舌･上あご･下あご･あごの関節･その他（　　）・ ない ）

10.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(　　　)

11 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(　　)

12.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(　　)

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

14. 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

15. 装置の希望はありますか？　1. 表側矯正　2. マウスピース矯正　3. 舌側矯正　4.特になし　5.わからない

16. 初回カウンセリングで不安にお答えします。(複数選択可)

☐自分の歯並びが本当にきれいになるのか不安　☐装置に抵抗がある

☐どのくらいの期間がかかるか心配　☐矯正治療の体への影響が心配(妊娠した時)

☐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)

☐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）

☐治療中の痛みが心配　☐治療に抜歯が必要かどうか不安

☐料金が最終的にどのくらい必要なのか心配　☐料金の分割支払いがどこまで可能か知りたい

☐通院が学校や仕事の負担にならないか心配　☐家族の同意が必要でうまく説明できるか心配

☐治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配　☐年齢的に治療が可能か知りたい

☐仮に引越しした場合どうなるか知りたい

17. かかりつけの歯科医師(医院･病院)を教えて下さい。　病院名：＿＿＿＿　TEL（　　）　-

18. 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)

（　）とにかく早さ〈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

19. 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。