

# 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 ( )			—			小学	年生
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？ (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 いくつか \_\_\_\_\_ 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)

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く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く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)を教えてください。 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

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。

# 新型コロナウイルス感染症拡大防止のための問診票

当院では、新型コロナウイルス感染症拡大防止の一環として、全ての患者様に以下の問診にお答えいただいております。

最近1ヶ月で  
新型コロナウイルス感染症の検査(PCR検査)を受けたことがある はい いいえ  
「はい」と答えた方⇒ 診断結果( 陽性・陰性 ) いつですか?      月      日

学校名                                  (    学年閉鎖中    休校中 ) ※学校や、家族に関係している職場でコロナが発生した  
(    学級閉鎖中    休校なし ) 場合少なくとも7日間は待合に入ることが出来ません。  
予約をお取り直してください。

- 1) 今日の体温              °C (              °C % )
- 2) 最近、体温 が 37.3°C以上が続いたことがある いいえ はい
- 3) 風邪に似た症状がある(関節やのどの痛み、せきが出るなど) はい いいえ
- 4) だるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がない いいえ はい
- 5) 鼻づまりはないが、においや味がわからない・わかりにくい はい いいえ
- 6) 2週間以内に、旅行に行った又は、屋内で50人以上  
が集まる集会・イベントに参加したことがある はい いいえ  
(      日前 内容 :                                  )
- 7) 2週間以内に周囲にコロナウイルスに感染している・していた方がいる いいえ はい
- 8) 現在同居する人が自宅隔離を要請されている いいえ はい
- 9) 現在同居する人に発熱、咳などの症状がある はい いいえ
- 10) 2週間以内に、多人数での会合・宴会・飲み会  
・討論会へ参加したことがある いいえ はい  
(      日前 内容 :                                  )

上記の記載に間違いありません。

2023 年      月      日

                                  
ご署名