

整理番号	PC入力日	Next tr.
		予約 wat, reca

歯科矯正治療に関するアンケート(初診カード)

これは、矯正歯科治療についての患者さまや保護者の方の個人情報をお尋ねするものです。したがって、その取り扱いには十分注意し、医療の用途に限定させていただきます。

大塚矯正歯科クリニック 院長 大塚純正

記載者：.....様 (父、母、本人)，記載日；令和.....年.....月.....日

患者さまのお名前：.....
ふりがな (職業：.....、学生、.....)

生年月日：S H R.....年.....月.....日 現在.....歳 男性・女性

ご住所 〒.....-.....

※日中、ご連絡のつく電話番号・メールアドレスをご記入下さい。当院のLINE もございますのでぜひご登録ください。

携帯電話：.....(.....)..... ご自宅電話：.....(.....).....

E-mail :

1. 歯並びのどこを治したいとお感じですか？ 例:受け口、前突(出っ歯)、凸凹など

(.....)

2. ご家族の方の歯並びについて、同じような歯並びの方がいらっしゃいますか？

いない いる (.....)

3. 歯科矯正治療について

1) 歯科矯正治療は知って いない いる

2) 矯正治療に対するご希望

治療期間(.....)

装置(.....)

その他(.....)

3) ご本人の治療に対する理解ならびに協力度を○で囲んでください。

積極的・理解している・わからない・消極的・その他 (.....)

4. ご本人の病気について

該当するものをチェックしてください。また、投薬中であれば、その薬の名前なども記載して下さい。

顎関節症：なし あり (完治、現在治療中.....)

血清肝炎：なし あり (完治、現在治療中.....)

その他 (.....)：(完治、現在治療中.....)

5. ご紹介者の有無：なし あり (.....様：.....)

HPを見て 看板を見て 紹介記事を見て ブログを見て その他 (.....)

6. その他

相談のみ 転院を検討している ホワイトニングに興味がある 関連病院への紹介希望

その他 (.....)