

WELCOME TO OUR PRACTICE

このアンケートは、治療を行う上で大変重要な資料となります。できるだけ正確にお答え下さい。秘密は厳守されます。

1) 矯正治療を希望される方ご本人		
ふりがな： _____	年齢： _____ 歳 _____ ヶ月	
氏名 _____ (Mr / Mrs / Ms)	血液型： _____ 型 / 身長： _____ cm / 体重： _____ kg	
生年月日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
電話番号： (_____) _____	携帯番号： (_____) _____	
自宅住所： 〒 _____	e,mail： _____	
☆ご自分の笑顔は好きですか？ _____ Yes / No		
☆当医院をどの様にしてお知りになりましたか？ _____		
2) 仕事 (現在働いていらっしゃる方)/ 成人の方で学生の場合、学校名を記入下さい。なお、問診内容については転記などは行わずプライバシーは厳守致します。)		
会社名： (又は学校名) _____	職業： (又は学部) _____	
住所： 〒 _____	来院に適した時間帯： _____	

2) 学校 (在学中の方)		
学校名： _____	学年： _____	
来院に適した時間： _____	★保護者の方 お名前： _____ 本人との続柄 (_____)	
何か心配することは？ _____		
3) 健康について		
健康診断を受けていますか？ _____	前回の受診日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 結果： _____	
_____ Yes / No	現在の健康状態について何か不安がありますか？ _____	
_____ Yes / No	何か大きな病気をしたことがありますか？ どの様な？ _____	
	いつ頃？ _____ 現在は？ _____	
_____ Yes / No	現在医者に通っていますか？ _____	
_____ Yes / No	人にうつしてしまう様な病気がありますか？ _____	
_____ Yes / No	何かお薬を飲んでいませんか？ 薬の種類は？ _____	
4) 既往歴 (該当する項目に○をつけて下さい)		
a. 熱病	g. 肝機能障害	m. 聴覚障害
b. リウマチ	h. 唇、顎、口蓋裂	n. 扁桃腺摘出
c. 出血性の病気	i. 関節炎	o. アデノイド摘出
d. 肝炎	j. 腎機能障害	p. コンタクトレンズ使用
e. 糖尿病	k. 発音、発語障害	q. 光線過敏症
f. 喘息	l. ひきつけ	r. 眼科的疾患
5) アレルギーについて		
_____ Yes / No	アレルギーはありますか？ _____	
	どの様な？ _____	
	薬を飲んでいる：どんな？ _____	
	薬を塗っている：どんな？ _____	

6) 女性のみ

才頃 ←初潮はいつ頃でしたか? Yes / No 妊娠していますか? 月
Yes / No 現在薬を飲んでいますか? Yes / No 授乳中ですか?
どの様な? _____

6) 男性のみ

才頃 ←声変わりはいつ頃でしたか?

6) 歯列矯正について& 歯科既往歴

- ・お口の中で一番気になるのはどこですか。 _____
- ・今の歯並びに気付いたのはいつ頃ですか? _____
- ・それは「なぜ?」かと思いませんか? 癖 ()・軟らかい食べ物・口呼吸・歯ぎしり・けが・かみあわせ・遺伝
- ・以前に歯列矯正相談を受けた事がありますか? 頃 クリニック名: _____
- ・以前に歯列矯正治療を受けた事がありますか? 頃 クリニック名: _____
- Yes / No 現在、痛むところはありますか? Yesの場合どこが痛みますか? _____
- Good / Normal / Bad 現在の口腔内状況 (虫歯、歯肉炎等)
- Yes / No 以前、歯科で何か心配・問題のあったところがありますか?
- Yes / No 顎について違和感、痛みなどを感じたことがありますか?
- Yes / No 歯肉出血の経験はありますか?
- 回 1日に何回ブラッシングをしますか?
- %くらい ご本人は、ほ乳瓶を使用された割合はおおよそ何%くらいでしたか?
- Yes / No グミ、ホルモン、フルーツ、素野菜など、やわらかい食べ物以外の食事を避けることがある、またはよくかまない
- Yes / No たまに、お口が開いていることがありますか? (才頃から・以前開いていた)

☆家系の歯並び、お顔の特徴 【傾向があるものには遠慮せず全て○をつけてください。】

- ご両親 父 (あごがほっそりしている・がたがたである・出っ歯・受け口・アゴが下がっている)
- 母 (あごがほっそりしている・がたがたである・出っ歯・受け口・アゴが下がっている)
- 兄弟姉 (あごがほっそりしている・がたがたである・出っ歯・受け口・アゴが下がっている)

《カウンセリングシート》

本日はご来院ありがとうございます。治療を始めるにあたって、治療に対する期待と不安に感じられていることをお聞かせください。当クリニックでは、患者様の不安や悩みを少しでも解消できるように努めております

- 1) 今回治療を始めようと思ったきっかけは何ですか。
1. 歯並びが気になっていたため 2. 美しくなるため 3. 健康のため (噛み合せ)
4. 将来のため 5. その他 ()
- 2) 治療費についていくらくらいをお考えですか。
1. 50~60万円 2. 60~70万円 3. 70~80万円 4. 100万円~
- 3) 治療期間はどれくらいをお考えですか。
1. 1年以内 2. 1年~2年 3. 2年~3年 4. 3年以上
- 4) 現在不安に思っておられる項目に○をつけてください。
1. 治療に抜歯が必要かどうか不安である
2. 矯正治療の装置に抵抗がある
3. 治療を始めてからの周囲 (職場、学校) の反応が心配である
4. 治療中の痛みが心配である
5. 歯列矯正と審美歯科の違いがわからない (迷っている)
6. 治療中に引越しをするかもしれない
7. 通院が学校や職場の負担になるか心配である
8. 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安である
9. 部分的にすませたい希望がある
- 5) 歯並び噛み合せで一番気になっているところはどこですか。
- 6) 治療時間、曜日のご要望がございましたらお書きください。
- 7) 本日でぜひ聞きたいこと、その他ご要望があればお書き下さい。