



受診申込書

20 年 月 日

|              |        |    |           |          |            |   |
|--------------|--------|----|-----------|----------|------------|---|
| (ふりがな)<br>氏名 |        | 性別 | 男 ・ 女     | 生年<br>月日 | (西暦) 年 月 日 | 才 |
| 住所 〒         |        |    | TEL ( ) ー |          |            |   |
| 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？

- 本人が自ら治したいと思って
- 親が治したいと思って
- 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

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 2,いいえ, どちらの歯科に行かれましたか？ \_\_\_\_\_ 歯科 いつ頃 \_\_\_\_\_)

3. 当院を知った方法は？

- タウンページ
- 広告
- ホームページ
- スマイルゲット
- 通りがかり
- 駅看板
- 紹介 ここを紹介された方を教えてください( \_\_\_\_\_ 様/先生)

4. 歯並びを誰がどの程度気にしていますか？(1, 気にしていない 2, ほんの少し 3, 非常に)

本人( ) 父( ) 母( ) 兄弟( ) 祖父母( )

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)

|             |  |
|-------------|--|
| 本人の気にしている点  |  |
| 保護者の気にしている点 |  |

6. 痛いところがありますか？(ある・ない) それはどこですか？(歯・歯茎・舌・上あご・下あご・あごの関節・その他 \_\_\_\_\_)

7. 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( \_\_\_\_\_ )

8. 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( \_\_\_\_\_ )

9. 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( \_\_\_\_\_ )

10. 治療費についていくらくらいをお考えですか？ 1. 50万～60万 2. 60万～70万円 3. 70万～80万円 4. 100万円～

11. 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

12. 初回カウンセリングで不安にお答えします。思いあたる項目すべてに丸をつけて下さい。

- 1.自分の歯並びが本当にきれいになるのか不安
- 2.装置に抵抗がある
- 3.どのくらいの期間がかかるか心配
- 4. 矯正治療の体への影響が心配(妊娠した時)
- 5.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)
- 6.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)
- 7.治療中の痛みが心配
- 8.治療に抜歯が必要かどうか不安
- 9.料金の分割支払いが可能かどうか
- 10.料金が最終的にどのくらい必要なのか心配
- 11.料金の分割支払いがどこまで可能か知りたい
- 12.通院が学校や仕事の負担にならないか心配
- 13.家族の同意が必要でうまく説明できるか心配
- 14.治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配
- 15.年齢的に治療が可能か知りたい
- 16.どこの矯正歯科で治療を始めて良いか分からない
- 17.仮に引越した場合どうなるか知りたい

13. 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( ) - \_\_\_\_\_

14. 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

15. その他、本日でぜひ聞きたいこと、ご要望などがあればお書き下さい。

16. 今後、当院から連絡させて頂いても構わないですか？ 1.はい(電話・メール @ \_\_\_\_\_ ) 2.いいえ

# 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へお答えいただいております。ご理解、ご協力をお願いいたします。

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 )

- 1) 今日の体温 \_\_\_\_\_℃ ( \_\_\_\_\_℃ % )
- 2) 最近、体温 が 37.5℃以上が続いたことがある はい いいえ
- 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) 異常に強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある はい いいえ
- 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) 現在、花粉症である はい いいえ  
「はい」と答えた方⇒ 通院 ( している ・ していない )
- 7) 6か月以内にインフルエンザの予防接種を受けている いいえ はい
- 8) 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 いいえ はい
- 9) 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
- 10) 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
- 11) 現在同居する人に発熱、咳などの症状がある いいえ はい
- 12) 2週間以内に、多人数での唾液が飛び交う会合・宴会・飲み会  
・ 討論会へ参加したことがある いいえ はい

上記の記載に間違いありません。

2021 年 月 日

ご署名 \_\_\_\_\_