

お名前 フリガナ 男 ・ 女	生年月日 M T S H 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 -	電話番号
勤務先 / 学校	
保護者氏名 (未成年の場合)	ご本人との間柄

ご質問表

① 歯並びで気になっているところはどこですか？

② 現在の歯並びについて、ご本人は気にされていますか？

はい いいえ

③ ご本人は矯正治療を行うことに協力的ですか？

はい いいえ

④ ご家族のなかで矯正治療を受けられた方はいらっしゃいますか？

はい いいえ

⑤ 左右で噛みにくいところがありますか？

はい いいえ

⑥ 口を開けたときにアゴが鳴ったことがありますか？

はい いいえ

⑦ いままで歯を抜いたことはありますか？

はい いいえ

⑧ 金属やお薬、食べ物などのアレルギーをお持ちですか？

はい いいえ

⑨ これまでに矯正相談を受けられたことがありますか？

はい いいえ

⑩ どなたかのご紹介ですか？

はい いいえ

(差し支えなければ紹介者のお名前を教えてください。)

Remark List (医院記入欄)

Skeletal	Function
Denture	TMJ
Dental	Figure
Discrepancy	Etc.

