

矯正相談を受けられる方へ

年 月 日

ふりがな

お名前： _____

生年月日： _____ 年 月 日生（ _____ 歳） 性別：（ 男 ・ 女 ）

住所： _____

電話番号： _____

お手数ですが、以下のアンケートにお答え下さい。

- ・ 記入されているのは、ご本人ですか？ （ はい / いいえ ）
- ・ 歯並び・かみ合わせで、気になっているところ（治したいところ）はどこですか？
できるだけ具体的にお書きください。

- ・ 現在、全身のご病気にかかっていますか？ （ はい / いいえ ）

はいの方は病名： _____

- ・ 今までに、全身の大きな病気をされた事がありますか？ （ はい / いいえ ）

はいの方は病名： _____

- ・ 歯科治療についてお伺いします。あてはまるものすべてに、印をつけてください。

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> むし歯の治療をしたことがある | <input type="checkbox"/> 麻酔の注射をしたことがある |
| <input type="checkbox"/> 歯を抜いたことがある | <input type="checkbox"/> 歯科治療で具合がわるくなったことがある |

- ・ お薬、その他にアレルギーはありますか？

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない（あるいは不明） | | |
| <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> 花粉 _____ | <input type="checkbox"/> お薬 _____ |
| | <input type="checkbox"/> 金属 _____ | <input type="checkbox"/> その他 _____ |

- ・ 今までに、血が止まりにくかった事がありますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ あてはまるものすべてに、印をつけて下さい。

- | | | |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺がよく腫れる | <input type="checkbox"/> 鼻がよく詰まる | <input type="checkbox"/> 指しゃぶりをする |
| <input type="checkbox"/> いびきをかく | <input type="checkbox"/> 歯ぎしりをする | <input type="checkbox"/> 肩こりがひどい |
| <input type="checkbox"/> 奥歯でよくかめない | <input type="checkbox"/> 前歯でものがかめない | <input type="checkbox"/> 歯に力がはいらない |
| <input type="checkbox"/> あごが疲れやすい | <input type="checkbox"/> 口が開きにくい | <input type="checkbox"/> あごに痛みがある |
| <input type="checkbox"/> 口を開けるとときに、あごに「コキ」という音・違和感がある | | |

- ・ ご本人は歯ならびの悪い事を気にしていますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ 歯並びを治す事にご本人の気持ちが進んでいますか？ （ はい / いいえ ）

- ・ 当医院をどちらでお知りになりましたか？ _____

- ・ その他、不安な点、聞いておきたいことがございましたらお書きください。

永田歯科医院