

矯正治療受診申し込み 問診票

平成 年 月 日 記入

フリガナ
お名前 _____ (男・女) 昭和・平成 年 月 日生 才
ご住所 〒 _____ TEL. _____
E-mail _____ 連絡先 _____

※質問は患者さんに対する診療を安全かつ適切に行うための大切な参考資料とさせていただきます。
プライバシーは厳守いたしますので、できるだけ正確にご記入ください。

Q 1. 矯正をしてどこを治したいと思っていますか？
一番気にしているところはどこですか？

Q 2. 血液の病気をしたことはありますか (はい・いいえ)

Q 3. 扁桃腺がよくはれますか (はい・いいえ)

Q 4. 鼻がよくつまりますか (はい・いいえ)

Q 5. いつも口をあいていますか (はい・いいえ)

Q 6. いびきをかきますか (はい・いいえ)

Q 7. 口の中の病気をしたことはありませんか (はい・いいえ)

Q 8. 指をしゃぶる癖はありませんか (はい・いいえ)

Q 9. 本人が歯並びの悪いことをきにしていますか (はい・いいえ)

Q10. 歯並びを治すことに本人の気持ちが進んでいますか (はい・いいえ)

Q11. 今の歯並びに気がついたのはいつですか