こちらでご記入をお願いする内容は診察時に必要な情報であり、他の目的で使われる事は一切ありません。個人情報として当クリニックが責任を持って保管致します。（**＊**は必ずご記入ください。）

**＊フリガナ**

**＊お名前** **性別**[ ] 男・[ ]  女

（[ ] 既婚・[ ] 未婚）

**＊生年月日** 西暦　     年　     月　     日（     才）

＊未成年の方はご記入ください。

（保護者のお名前）

（保護者のご職業）

**＊ご住所**

（ 〒　     ―　      ）

フリガナ

**＊電話番号** ① ご自宅(　      )　      ―

② 携帯 （　      ）      ―

＊緊急のご連絡先（　      宛）

③ （　      ）　      ―

# 【学生の方（幼稚園・保育園児含む）は以下をお答えください】

学校（園）名　     （     ）年生・（[ ] 年長・[ ] 年中・[ ] 年少）

ご兄弟のいらっしゃる方はご記入ください。（お名前・ 続柄）

（     ・     ）（     ・     ）（     ・     　）（     ・     ）

# 【お勤めの方は以下をお答えください】

ご職業

勤務先       （電話番号）

**予診票**

# ① 今回どこが気になり、または治したいと思って来院されましたか？

[ ] 歯並び [ ] 咬み合わせ [ ]  口もとのバランス [ ]  お顔全体のバランス

[ ] 他のクリニックで矯正歯科治療中だが、治療に関して相談したいから。

[ ]  その他（      ）

# →いつ頃から、どなたが気になりましたか？

（     ）才頃から （     ）年前頃から

[ ] 本人 [ ] 家族 [ ]  知人 [ ]  かかりつけ歯科医師 [ ]  学校の歯科検診で

[ ] その他（       ）

# ② 今までに矯正歯科治療を受診されたことはありますか？

[ ] ない [ ]  ある（[ ] 相談のみ・[ ] 検査まで・[ ] 治療中・[ ] 治療中断・[ ] 治療終了 ）

**いつ頃ですか？**（     ）どちらで受診されましたか？よろしければご記入ください**。**

（     ）

# ③ 治療に関して特に気になることをお聞かせください。

[ ] 期間 [ ] 費用 [ ] 装置の見た目 [ ] 虫歯 [ ] 歯周病 [ ] 歯磨き

[ ] 治療中の痛み [ ] 通院回数 [ ]  クラブ活動などへの支障 ＊何のクラブですか？（     ）

[ ] その他（     ）

# ④ 以前、あごの関節が痛くなったり、お口を開けられなくなった事はありますか？

[ ] ない [ ] ある それはいつ頃ですか？（      才頃 ）

# ⑤ 以前、口・歯・あごを強く打った事はありますか？

[ ] ない [ ] ある それはいつ頃ですか？（      才頃 ）

# ⑥ 歯科診療を受診する際、心理的にご不安な点がありましたらお聞かせ下さい。

[ ]  **ない**

[ ]  **ある（****）**

# ⑦ 現在、かかっている病気はありますか？

[ ] ない [ ] ある 病気名（      ）

# ⑧ 過去に大きな病気をしたことがありますか？

[ ] ない [ ] ある 病気名（      ）

# ⑨ 特別な体質（アレルギーなど）はありますか？

[ ] ない [ ] ある 内容 （      ）

# ⑩ 現在、常用しているお薬はありますか？

[ ] ない [ ] ある お薬の名前（      ）

# ⑪ お薬で副作用がでた経験はありますか？

[ ] ない [ ] ある 内容 （      ）

# ⑫ 現在、過去に医師から注意されていることはありますか？

[ ] ない [ ] ある 内容 （      ）

**⑬ 治療をする際、今後予定されている事がありましたらお聞かせください。（今後約 1 年間）**

[ ] 受験 [ ] 進学（[ ] 県内・[ ] 県外・[ ] 未定）[ ] 留学（     年     月～     年     月まで）

[ ] 転居（[ ] 県内・[ ] 県外）[ ] 結婚（挙式予定日：     年     月      日）

[ ] 出産（      年     月）[ ] 長期旅行（     年     月～     年     月まで）

[ ] その他（      ）

# ご家族で矯正歯科治療を受けられた方はいらっしゃいますか？

[ ] いいえ

[ ] はい （さしつかえなければご記入ください。）

お名前　続柄

→ （     ・     ） （[ ] 当クリニックで・[ ] 他のクリニックで）

（     ・     ） （[ ] 当クリニックで・[ ] 他のクリニックで）

（     ・     ） （[ ] 当クリニックで・[ ] 他のクリニックで）

# ご友人やお知り合いで矯正歯科治療を受けられた方はいらっしゃいますか？

[ ] いない [ ]  いる

# ＊かかりつけの一般歯科医院がありますか？

[ ] はい （歯科医院名      ） [ ]  いいえ

# →現在通院されていますか？

[ ] 通っていない [ ] 通院中（[ ] 治療中・[ ] クリーニング中）

[ ] 定期検診をしている（     ）ヶ月ごと

**どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？**

[ ] かかりつけ歯科医からの紹介

[ ] 知り合いからの紹介 紹介者（      ）

[ ] インターネット

[ ] タウンページ

[ ] 電車の車内放送、看板

[ ] その他・パンフレットなど（      ）

[ ] ご家族がすでに当クリニックに通院中 お名前（      ）

# ＊（ご参考までに）来院日について、希望曜日および時間帯に印をおつけください。

[ ] 金曜日[ ] 午後 2 時～3 時　[ ]  3 時～4 時 [ ]  4 時～5 時 [ ]  5 時過ぎ [ ] いつでも

[ ] 土曜日[ ] 午後 2 時～3 時 [ ] 3 時～4 時 [ ] 4 時～5 時 [ ] いつでも

[ ] 日曜日 [ ] 午前 10 時～11 時　[ ] 11 時～12 時

[ ] 午後 2 時～3 時 [ ] 3 時～4 時 [ ] 4 時～5 時 [ ] いつでも**どのようにして当クリニックにいらっしゃいますか？**

[ ] 自動車 [ ] 電車 [ ] 徒歩 [ ] 自転車

[ ] その他（      ）

ご自宅から当クリニックまでの所要時間

　（約       分 ）

# 矯正歯科治療を実際に受けることを希望されていますか？

[ ] ご本人もご家族も希望している。

[ ] ご本人のみ希望している。

[ ] ご家族のみ希望している。

[ ] ご本人もご家族も迷っている。

[ ] 今回、治療は考えてないが相談したい。

＊理由があればご記入ください。（      ）

# 診察・検査の結果、矯正が可能な場合は受けられますか？

[ ] 受けたい気持ちはある。 [ ] 今回は相談だけにしたい。

# 診察、検査の結果、矯正の治療が可能な場合、開始時期のご希望をお聞かせください。

[ ] なるべく早く始めたい。 （[ ] ご本人・[ ] ご家族）

[ ] できればもう少し後で始めたい。 （[ ] ご本人・[ ] ご家族）

→理由があればご記入ください。（      ）

[ ] その他〔      〕（[ ] ご本人・[ ] ご家族）

# 診察に際して、特にお聞きしたいことやご要望などありましたらお聞かせください。 ＊

* **保護者の方へ ＊**

**お子様への対応に対して、特別注意してもらいたい点があればお知らせください。**

**ご協力ありがとうございました。 アルファ矯正歯科クリニック**