

矯正相談お申込み調査表

年 月 日

お名前 () 保護者名 ()

①歯並びや咬み合わせについて、1番気になっている所はどういう部分ですか？
言葉で表現ににくい時は、絵で描いていただいても構いません。

()

②気になる部分をどんな風に治したいと思っていますか？ご自身の考えではどうでしょう？

()

③その他にも、歯やお口の周辺・顔つきなどについて、気になることがあれば教えて下さい。

()

④歯並びを気にされるようになったのは、どういうきっかけですか？

1. 自分で気づいた(時期:)
2. 家族・友人に指摘された(どなたに:)
3. 歯科医院・集団検診で指摘された(場所:)
4. その他 ()
5. 自分では気にしていない

⑤気になる所だけ治したいですか？ 全体を治したいですか？

()

⑥歯並びを治すことにご本人の気はすすんでいますか？ (はい ・ いいえ ・ 分からない)

⑦3～4週間おきに通院することは可能ですか？ (はい ・ 少し難しい ・ 難しい)

⑧治療の期間は早く2～3年。長くかかれば7～8年(もしくはそれ以上)になることもありますが、
通院は可能ですか？ (はい ・ 少し難しい ・ 難しい)

⑨場合によっては抜歯が必要なケースがありますが、抜歯してもいいですか？
それとも、抜歯はしたくないですか？

(抜歯しても良い ・ なるべく抜歯はしたくない ・ 抜歯はしたくない(抜歯せずに治る範囲で治療を行いたい))

⑩今回ご相談にあたって、どういうことが気になりますか？該当するものに☑をつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 自分の歯並びが本当に美しい歯並びになるか不安 | <input type="checkbox"/> どこで矯正を始めていいか分からない |
| <input type="checkbox"/> 矯正治療が自分にとって最善の選択かどうか分からない(審美歯科治療との違いなど) | |
| <input type="checkbox"/> 矯正装置を装着することに抵抗がある | <input type="checkbox"/> 器具を口の中につけることの影響が心配 |
| <input type="checkbox"/> 治療に抜歯が必要か不安 | <input type="checkbox"/> 治療中の痛みがあるか心配 |
| <input type="checkbox"/> 通院が学校や仕事の負担にならないか心配 | <input type="checkbox"/> 年齢的に治療に不安がある |
| <input type="checkbox"/> 料金が最終的にいくらになるか不安 | <input type="checkbox"/> クレジットや分割がどこまで可能か知りたい |
| <input type="checkbox"/> 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安 | <input type="checkbox"/> 治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配 |
| <input type="checkbox"/> どのくらいの期間がかかるか心配 | <input type="checkbox"/> その他 |

⑪今まで矯正治療について、見たり聞いたり経験したことがありますか？それは、どんな時でしたか？
経験のある方は、どなたの矯正でしたか？

なし ・ あり ()

⑫その他、質問などあればご記入下さい。

ありがとうございました。

じん歯科医院
まや矯正歯科クリニック

