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？
言葉で表現にしくい時は、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装置の種類･治療方法などご希望はありますか?あれば具体的に教えてください。

（　　）

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治療の期間は早くて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。

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

JIN DENTAL CLINIC
MAYA ORTHODONTIC CLINIC
じん歯科まや矯正歯科クリニック
矯正歯科部門