矯正治療問診票２

１．来院のきっかけ

□歯科医院の紹介：歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□患者さんの紹介：患者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□知人の紹介：紹介者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ホームページ　□看板　□電話帳　□近所なので　□その他

２．歯並びが気になりだしたきっかけ、歯並びで困っていること

３．治療はどなたが希望されているか

□本人　□父　□母　□その他

４．本人の積極性

□是非治したい　□治したい　□よく分からない　□治したくない

５．他院で矯正治療の相談をしたことがあるか

□ある　□ない

６．かかりつけの歯科医院

□紹介元の歯科医院　□特になし　□その他：歯科医院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

７．その他、ご質問やお話したいこと等ございましたら、ご自由にご記入ください

◇◆スタッフ記入欄◆◇

しまざき矯正歯科