

■■■■ 矯正相談カード ■■■■

以下の内容をもれなくご記入ください。

／ Pre :

- Xp
 Model
 CT

1 氏名 _____ 男 ・ 女 _____

2 ふりがな _____

3 生年月日 _____ 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

4 住所 〒 _____

5 自宅電話 _____ 携帯電話 _____

6 E mail (携帯メールでも可) _____

7 病院からの連絡先 自宅 携帯 勤務先 (_____) その他 (_____)

(お勤めの方のみ8, 9をご記入ください)

8 勤務先名 _____

9 勤務先所在地 _____

(学生さんのみ10~12をご記入ください)

10 学校名 _____

11 保護者氏名 _____

12 保護者勤務先名 _____

・一番気になる点を具体的にお教えてください？

・矯正相談を受けられる動機、きっかけは何ですか？

・病院を何でお知りになりましたか？ ご紹介者がいらっしゃる場合はご記入ください

ホームページ 本、雑誌 病院からの紹介 患者さんの紹介

・治療についてお聞きになりたい項目をチェックしてください。

内容 期間 裏側からの装置 費用 開始時期 その他 _____

・いままでに矯正相談、矯正治療を受けられたことはありますか？

あり なし

ありの場合

いつ頃 _____ どこで _____

その時治療をなさらなかった理由があればお聞かせください _____

・矯正治療で歯を抜いて治療する場合があることをご存じですか？

はい いいえ

もしあなたの治療で歯を抜く必要がある場合、どう思われますか？

正当な理由があればかまわない 絶対に抜く治療はしたくない