

- 資料お渡し
- PPでの説明
- Pre

月 日 :

- 治療予約
- 連絡待ち

矯正相談カード

以下の内容にすべてご記入くださるようお願いいたします。

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 (_____)

(お勤めの方は8, 9をご記入ください)

8勤務先名 _____

9勤務先所在地 _____

(学生の方は10, 11, 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面があることをご存じですか？

はい いいえ

もし、歯を抜く必要がある場合、以下のどちらですか

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

・通院可能な曜日、日時に関して (複数チェック可能)

平日可能

できれば土曜日

土曜日のみ

午前中希望

午後希望