□　資料お渡し
□　PP での説明
□　Pre
月　　日　　：
□治療予約　□連絡待ち

年　　月　　日

■■■　問診票　■■■

診療を行う上で必要な情報ですので、ご面倒でもすべての項目にご記入いただくようお願い申し上げます。ご協力ありがとうございます。

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

６Ｅmail（PC からのメールが見られる携帯メールでも可）

７病院からの希望連絡先　□自宅　□携帯　□勤務先　□その他（帰省先等）（　　）

（ご勤務の方は８，９を**必ず**ご記入ください）

８勤務先名　　（無職の場合はなしとお書きください）

９勤務先所在地　　（　例　東京、赤坂　）

（学生の方は１０,１１,１２を**必ず**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

・一番気になられる点を具体的にお書きください。

・審美的な要求と機能的な要求　ご自分としてはどちらが強いですか　　審美（見た目の横顔とか）、機能（よく咬める事）
□審美　□機能

・矯正相談を受けられる動機、きっかけをお書きください？

・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

・治療について特に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、歯を抜く必要がある場合、　□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　（通院はだいたい６ｗ～８ｗに１度になります）　複数チェック可能です

□土曜日のみ　□できれば土曜日　□平日でも可能　□（　　）