

矯正治療を始められる方に

ご不安な点やご質問などございましたら、どんな些細な事でもお気軽にお尋ね下さいませ。

★ 来院の動機はなんですか？（当てはまる箇所にチェックして下さい。）

- 本人が自ら進んで治したいと思って 親が治したいと思って 他人に言われて
 学校で指摘されて 歯科医に指摘、紹介されて その他(_____)

★ 本日ご来院されるにあたって、矯正についてご相談された方は、いますか？ _____ 人

★ 歯並びを誰がどの程度気にしていますか？

1 気にしていない 2 ほんの少し 3 非常に（それぞれに番号を記入して下さい。）

本人() 父() 母() 兄弟() 祖父母()

★ 現在の歯並びでどういう点が気になりますか？（具体的に記入して下さい）

○本人の気にしてる点

[_____]

○保護者の気にしている点

[_____]

★ 痛いところはありますか？（ある・ない） ★ ある場合それはどこですか？ _____

★ 以前に矯正治療を受けたことがありますか？（ある・ない）（才頃） 医院名 _____

★ ご家族の中で矯正治療を受けた方はいらっしゃいますか？（はい・いいえ） 続柄 _____

★ ご家族の中で自分と似た歯並びをした方がいらっしゃいますか？（はい・いいえ） 続柄 _____

※ 当医院では、初回コンサルティングにて皆様の不安にお答えします。思いあたること全てに○をつけて下さい。

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 1. 自分の歯並びが本当にキレイになるか不安 | 2. どこで矯正治療を始めてよいかわからない |
| 3. 矯正治療が自分にとってベストな治療かわからない(審美治療との違い等) | |
| 4. 矯正装置に抵抗がある | 5. 矯正治療が身体に影響があるか心配 |
| 6. 器具を口内につけることの影響が心配 | 7. 治療に抜歯が必要か不安 |
| 8. 治療中の痛みがあるか心配 | 9. 料金が最終的に幾らになるか不安 |
| 10. 分割払いがどこまで可能か知りたい | 11. 通院が学校や、仕事の負担にならないか心配 |
| 12. 家族の同意が必要で上手く説明できるか不安 | 13. 年齢的に治療に不安がある |
| 14. 治療を始めてからの周囲(職場や学校)の反応が心配 | 15. どのくらいの期間がかかるか不安 |

★ その他、本日ぜひ聞きたいこと、ご要望などがあればお書きください。

[_____]

※かかりつけの歯科医院（医院・病院） _____ TEL () _____

ご協力ありがとうございました。