

氏 名 _____

● 本日はどのような事をおききになりたいですか？

- ☐ 矯正治療が必要か知りたい
☐ 矯正治療について不安があるため、確認したいことがある
☐ 矯正治療を始めることを決めているが、どんな治療法なのか相談したい
☐ にこにこパックについて確認したい
☐ インビザラインについて確認したい

● 今までに、矯正相談を受けたことがあれば教えて下さい。また、いつ頃に相談されましたか？

- ☐ いいえ
☐ はい （一般歯科 ・ 矯正専門医 ： いつ頃 ）

● いつ頃から歯並びが気になりましたか？

- ☐ 1年以上前から ☐ 半年前くらいから ☐ 最近

● 歯並びについて気になることは何ですか？（複数選択可）

- ☐ ガタガタ ☐ 出っ歯 ☐ 受け口 ☐ 横顔（口元が出ている） ☐ 咬み合わせが深い
☐ 開咬（前歯が咬んでいない） ☐ 歯の隙間 ☐ その他（ ）

● 歯並びが気になりだしたきっかけを教えてください。（複数選択可）

- ☐ 歯磨きが難しい ☐ 食事がしにくい ☐ 歯科医院での指摘 ☐ 学校検診での指摘
☐ 家族からの指摘 ☐ 知人からの指摘 ☐ 雑誌、テレビを見て ☐ その他（ ）

● 次のような癖、症状はありますか？（複数選択可）

- ☐ 唇、舌を咬む ☐ 鼻がよくつまる ☐ よく口を開いている ☐ 口を開けて寝ている
☐ 睡眠中歯ぎしりをする ☐ いびきをよくかく ☐ 扁桃腺が腫れやすい

● ご家族の歯並びを分かる範囲でそれぞれ番号を選択してください。

1. 比較的良い 2. ガタガタ 3. 出っ歯 4. 受け口 5. 口元が出ている 6. 咬み合わせが深い
7. 前歯が咬んでいない 8. すきっ歯 9. 入れ歯
お父様（ ） お母様（ ） ご兄弟（ ） ご姉妹（ ）

● ご家族の中で歯列矯正を受けたことがある、又は、現在治療中の方はおられますか？

- ☐ お父様 ☐ お母様 ☐ ご兄弟 ☐ ご姉妹

● 矯正治療について不安を感じていることはありますか？（複数選択可）

- ☐ 治療方法 ☐ 治療期間 ☐ 治療中の痛み ☐ 日常生活への支障 ☐ 費用 ☐ 支払方法
☐ その他（ ）