



矯正相談受付票

来院日 年 月 日

1. ご本人

ふりがな お名前	性別 男・女	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
ご住所	〒	自宅電話		
		携帯電話		

2. 保護者（受診される方が未成年の場合はご記入ください）

ふりがな お名前	続柄 父・母・その他（ ）
ご住所 <small>ご本人と違う場合は ご記入ください</small>	〒	保護者の 携帯電話

3. 歯科医院で歯並びの相談をされたことはありますか？

- はい いいえ

4. どのように当院をお知りになりましたか？

- 歯科医院のご紹介 歯科医院名 _____
- 当院の患者さんのご紹介 紹介者様のお名前 _____
- 知人のご紹介 ホームページ 看板 その他

5. かかりつけの歯科医院はありますか？

- ない ご紹介元の歯科医院 その他

6. ゴム、金属、お薬、食べ物のアレルギーがありますか？

- ない
- ある → ゴム 金属（ ） お薬（ ）
- 食べ物（ ）

7. 現在どのような点を気にされていますか？

8. 矯正治療に関するご要望がありましたらご記入ください

9. 通院しやすい曜日やお時間帯がありましたらご記入ください