

矯正歯科予診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢				才
住所	〒					
連絡先 <small>災害等による臨時休診の緊急連絡にも使用します。必ず連絡のつく連絡先をご記入ください。</small>	※必ず連絡のつく電話番号をご記入ください。変更があった場合は速やかにお知らせください。					
	携帯：	自宅：				
	※上記電話番号で連絡がつかない場合に限りメールさせていただくことがございます。アドレスをお持ちの場合はご記入ください。					
	メールアドレス：	@				
勤務先・学校	名称：	連絡先：				
ご紹介者様	様（ご家族 勤務先・学校の方 友人・知人 医師）					
クリア歯科を何でお知りになりましたか？						
<input type="checkbox"/> 交通・駅広告 <input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> ネット広告 <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> その他（ ）						

矯正治療を開始するにあたっての大切な資料となりますので、できるだけ詳しくご記入ください。

- クリア歯科で治療を受けられたことはございますか？受けられたクリニック名をご記入ください。
 いいえ はい（ 院）
- 定期的に歯科医院でクリーニングを行っていますか？また最後にクリーニングを受けられたのはいつですか？
 いいえ はい 西暦（ ）年（ ）月（ ）日ごろ
- ご通院される場合のご希望の曜日・時間（ ）曜日 / 午前・午後（ ）時ごろ
- 歯並びやかみ合わせに関して一番気になっているのはどういう部分ですか？具体的にお教えてください。
（ ）
- 気になる部分をどのように治したいと思っていますか？
（ ）
- 希望のプランはありますか？ 未定・よくわからない（理由： ）
 ブラケット矯正（ メタル クリア リンガル ハーフクリア ハーフリンガル ソーシャル6）
 マウスピース矯正（ インビザライン インビザラインGO クリアコレクトONE クリアコレクトUNLIMITED）
- その他、歯やおくちの周辺、顔つきなど気になることがあればお教えてください。
（ ）
- 歯並びを気にされるようになったのはどういうきっかけですか？あてはまるものをお選びください。
 自分の顔立ちを見て 自分の写真を見て いつも口が開いているので 歯科医院、集団検診で指摘された
 家族・友人に指摘された（どなたに： ） 食べ方がおかしいので 歯磨きするのが難しいので
 雑誌やテレビを見て 自分では気にしていない その他（具体的に： ）
- 引っ越し予定はありますか？ いいえ はい（いつ： どちらに： どのくらい： ）
- 結婚式のご予定はありますか？ いいえ はい（いつ： ）
- いつ頃歯並びが悪いことに気がつきましたか？ 乳歯の頃 永久歯に生えかわる頃 永久歯になった後（ ）歳ごろ
- 11の頃と比べ現在は次のうちどれですか？ 特に変化はない ゆっくりと悪くなってきた 急に悪くなってきた
- 乳歯の頃は虫歯が多かったですか？ いいえ はい
- 歯を強くぶつけた事はありますか？ いいえ はい
- 歯を抜いたことがありますか？ いいえ はい（ 年 ヶ月くらい前）
- 16で「はい」とお答えの方で、その時何か異常はありましたか？
 いいえ 血が止まらなかった 何日も痛んだ 熱が出た その他（ ）

裏面にもお答えください

18. 歯の治療で麻酔をしたことがありますか？ いいえ はい
19. 18で「はい」を選ばれた方で、その時何か異常はありましたか？ いいえ はい（症状： _____）
15. 再植したことはありますか？ いいえ はい
20. あごの関節に音がすることや違和感もしくは痛むことがありますか？ いいえ はい
21. アレルギー（金属・ゴム・食品・薬等）のご心配はありますか？ いいえ はい（種類： _____）
22. 現在および過去にかかった病気はありますか？
 いいえ 心臓 肝炎（A・B・C） 腎臓 貧血症 高血圧 低血圧 糖尿 骨粗しょう症
 血液疾患 アレルギー 悪性腫瘍 喘息 脳卒中 認知症 HIV その他（ _____）
23. 現在飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい（病名： _____ 薬品名： _____）
24. 現在または過去に骨粗しょう症の薬（ビスフォスフォネート系）を飲んでいますか？ いいえ はい
25. 過去に美容整形（顎）を受診、もしくは受診する予定はありますか？ いいえ はい（いつ： _____）
26. 歯並びに関係するクセがありましたか？ あればその年齢をご記入ください。
 指しゃぶり（ _____ ～ _____）歳頃 □で息をする（ _____ ～ _____）歳頃 ほおづえをつく（ _____ ～ _____）歳頃
 舌や唇をかむ・吸う（ _____ ～ _____）歳頃 歯ぎしり・くいしばり（ _____ ～ _____）歳頃
27. ご家族のかたの歯並びの状態を教えてください。（記入例：普通、出っ歯、受け口、前歯がデコボコ、八重歯、前歯がかみ合わない、など）

続柄	年齢	歯並びの状態	続柄	年齢	歯並びの状態

28. 矯正治療でということが気になりますか？ あてはまるものをお選びください。＜複数選択可＞
 歯並びが改善するか 治療に抜歯が必要か 治療中の痛み 費用の支払い方法 矯正装置の見た目
 治療期間 年齢的に治療に不安がある 家族の同意が必要でうまく説明できるか不安
28. 担当医制を希望されますか？ いいえ はい どちらでも良い
29. 現在、妊娠していますか？ いいえ はい（ _____）カ月 わからない ※治療期間中に妊娠されたらお知らせ下さい
30. 現在、授乳中ですか？ いいえ はい

ご通院いただく上での大切なお知らせです。必ずお読みいただき確認のチェックをお願いいたします。

キャンセル・日時変更について

- 患者様のご都合によるご予約のキャンセル・日時変更については、ご予約日の前々日の診療時間中（前々日が休診の場合はその前診療日の診療時間中）までにお電話（留守番電話不可）にてご連絡ください。ご予約日の前日または当日キャンセル、無断キャンセルの場合、交通事情・駐車場状況に関わらず、キャンセル料5,000円（税別）を申し受けます。10分以上遅刻の場合は遅刻料として2,000円（税別）を申し受けますが、残りの予約時間内で診ることができない場合は当日キャンセル扱いと判断させていただきます。※度重なる遅刻や無断キャンセルがあった場合、累積4回目以後は倍額を申し受けますので予めご了承ください。※体調不良の場合、診断書をご持参頂けましたらキャンセル料は頂きません。

転院について

- 転院をご希望の際は、まずご通院中の医院へご相談ください。有心会の直営医院へのみお手続き可能ですが、原則として、同一エリア内の近隣医院へは不可、引越しや転勤以外の理由では不可としています。また転院の都度、転院事務手数料をお支払い頂きますが、手続き完了後はいかなる理由があろうと返金いたしかねます。転院後の通院曜日やペースなどは転院前と同様には行かない場合がございますので予めご了承ください。
 ※転院手続きせずには有心会の他の医院を受診される場合は、診療履歴などが引き継がれず新規患者様と同様の取り扱いとなりますので予めご了承ください。
【転院事務手数料：5,000円（税別）／回（インプラント治療・歯列矯正の場合10,000円（税別）／回）】

ご連絡先について

- 治療に関わる内容や臨時休診など、医院からご連絡を差し上げる場合がございます。ご住所以外に、必ず電話番号やメールアドレスなど連絡のつくご連絡先をお知らせください（場合によりFAXも可）。災害等の緊急時のお知らせはLINEでも一斉配信させていただきますので、ぜひお友達登録をお願いします。連絡先をお知らせ頂けていない場合の連絡の不行き届きによるトラブルについては一切責任を負いかねますのでご了承ください。