

# 問診票

平成 年 月 日

- フリガナ
- ・ 氏名 男性 ・ 女性
- ・ 生年月日 S・H 年 月 日 歳
- ・ 住所
- ・ 電話
- ・ 保護者氏名

次のうち、気になるもの全てに○をして下さい。

- ・ 歯ならびがデコボコしている
- ・ 上の歯が出ている
- ・ 下の歯が出ている
- ・ 横顔（口元が出ている）
- ・ 噛んだとき、上と下の歯が噛み合わない
- ・ 噛み合わせが深い
- ・ 笑ったときの歯と歯茎の見え方
- ・ その他（ ）

どのように当院をお知りになりましたか？

- ・ 紹介（ ）
  - ・ 口コミ
  - ・ 通りすがり
  - ・ 看板
  - ・ インターネット
  - ・ その他
- 当ホームページはご覧頂きましたでしょうか？ はい・いいえ

歯並びを気にするようになったのはどういうきっかけですか？

- ・ 自分で気づいた（時期 ）
- ・ 家族友人に指摘された
- ・ 歯科医院、集団検診で指摘された
- ・ その他（ ）

質問・治療希望事項などがございましたら、ご記入下さい。

親里小児歯科医院  
矯正歯科