

矯正相談申込書

記入年月日（ 年 月 日）

下記の予診票項目に記入およびチェックをお願いいたします。

氏名 【 _____ 】

矯正の相談で当院を選ばれた理由を教えてください（該当する箇所すべてチェックしてください）

- マウスピース矯正を行っている ホームページの内容が充実していたから
- 虫歯や審美治療などの相談・治療もできるから 治療例・治療実績が多いから
- 評判・口コミがよかったから 自宅または職場に近いから セカンドオピニオンを聞きたいから
- 紹介されたから[ご紹介者： _____ 様]
- //////////////////// 検索した際のワードを教えてください //////////////////////
- 東京 麻布 麻布十番 白金 白金高輪 恵比寿 恵比寿 目黒 その他のエリア[_____]
- マウスピース インビザライン 矯正 審美 評判 口コミ モニター 安い
- 歯並び その他のワード[ご記入ください _____]
- その他[ご記入ください _____]

矯正治療に関するご希望をお聞かせ下さい *ご希望に添えない診断となることもございます

治療期間について

- 治療期間はそれほど気にならない なるべく期間が短くなればよいが必要な期間であれば気にならない
- (_____ 年 _____ 月)までに絶対に終わらせたい

抜歯について

- 絶対に抜歯は避けたい 必要であれば抜歯は仕方がない
- 抜歯を行うことに抵抗がない 親知らずを抜歯したい

全体矯正/部分矯正について

- 見た目や咬み合わせが理想的な状態になる様に全体的に治したい（全体矯正）
- 気になる部分の見た目だけを治したい（部分矯正） 全体矯正、部分矯正の両方を検討したい

治療費について

- 予算（ _____ 万円）を中心に幅広く知りたい 最善の方法を聞いてから費用を検討したい
- 適正価格であればそれほど気にならない その他（ _____ ）

治療で重視する順番を（ ）内に記入してください。重視しない項目には記入する必要はありません。

- （ ） 治療期間 ※例 もっとも重要（1）
- （ ） 非抜歯 2番目に重要（2）
- （ ） 通院頻度・通院間隔 3番目に重要（3）
- （ ） 治療費
- （ ） その他[ご記入ください _____]

今回の矯正で特に聞きたいことについて

- | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> マウスピース矯正で治療が可能かどうか | <input type="checkbox"/> リテーナーについて |
| <input type="checkbox"/> 最適な矯正方法について | <input type="checkbox"/> 虫歯や歯周病治療についても相談したい |
| <input type="checkbox"/> 矯正装置の装着時間について | <input type="checkbox"/> 通院回数・頻度について |
| <input type="checkbox"/> 非抜歯で治療が可能かどうか | <input type="checkbox"/> 医療費控除について |
| <input type="checkbox"/> 前歯のみの部分矯正が可能かどうか | <input type="checkbox"/> デンタルローンについて |
| <input type="checkbox"/> 留学・転勤・引っ越し時の対応について | |
| <input type="checkbox"/> その他[ご記入ください] |] |

今までに矯正の相談を受けたことがある。もしくは他院にてすでに矯正に関する診断・説明等を受けていますか

- いいえ
- はい * 「はい」をご選択の場合、診断を受けた内容を以下から内容をご選択ください
- ① ワイヤー矯正 マウスピース矯正 【 インビザライン キレイライン その他[]】
- ② 抜歯して矯正 非抜歯にて矯正
- ③ クリニック名 ()
- ③ 矯正治療の予定期間 (年 カ月)
- ④ 矯正治療費用 (万円) 調整料 (円)

これまでの悩みや該当する症状をお教えてください

- | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> デコボコ・不揃いな歯並び | <input type="checkbox"/> 前歯が出ている | <input type="checkbox"/> 横顔を改善したい |
| <input type="checkbox"/> 人前で大きく笑えない | <input type="checkbox"/> 口を閉じづらい | <input type="checkbox"/> 顎のズレや顔の歪み |
| <input type="checkbox"/> 矯正後の歯並びの悪化(後戻り) | <input type="checkbox"/> うまく噛めない | <input type="checkbox"/> 歯に隙間がある |
| <input type="checkbox"/> 歯に汚れが付きやすい、磨きにくい | <input type="checkbox"/> 歯茎の出血や腫れ(歯周病) | <input type="checkbox"/> 食べ物がよく挟まる |
| <input type="checkbox"/> 歯の数が少ない | <input type="checkbox"/> 歯が大きい | <input type="checkbox"/> 歯が擦り減っている |
| <input type="checkbox"/> 開口時に顎が痛む | <input type="checkbox"/> 開口時にカクッと音がする | <input type="checkbox"/> 口があまり開かない |
| <input type="checkbox"/> 話しにくい | <input type="checkbox"/> その他[ご記入ください] |] |

歯並びやかみ合わせに影響する習慣で該当するものはありますか(過去/現在を問わず)

- | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 特にない | <input type="checkbox"/> うつ伏せで寝ることが多い | <input type="checkbox"/> 横向きで寝ることが多い |
| <input type="checkbox"/> 口を閉じていないことが多い | <input type="checkbox"/> 頬杖をつくことが多い | |
| <input type="checkbox"/> 口呼吸をする | <input type="checkbox"/> 歯ぎしりがある | |
| <input type="checkbox"/> 唇がよく乾く | <input type="checkbox"/> 噛み締め、食いしばりをする | |
| <input type="checkbox"/> 舌で歯を触る、なめる | <input type="checkbox"/> いつも上下の歯が接触している | |
| <input type="checkbox"/> 口の周りに肌荒れが起きやすい | <input type="checkbox"/> 唇を誤ってかみやすい | |
| <input type="checkbox"/> いつも同じ側でカバンや荷物を持つ | <input type="checkbox"/> 硬いものを噛むときはいつも(右側/左側)で噛む | |