

矯正相談カード

No.

—秘密厳守—

2015年 月 日

氏名： _____ (ふりがな _____)

生年月日： 昭和・平成 _____ 年 月 日生 (歳) 性別： 女性・男性

住所： 〒 _____ 都・県 _____

電話： _____ (自宅) 血液型 A・B・O・AB

: _____ (携帯電話)

不在時連絡先 住所： _____

メールアドレス(携帯も可)： _____ @

お勤めの方 お勤め先： _____

学生の方 学校名： _____

保護者名： _____

ご紹介者・ご紹介歯科医院(先生)名： _____ (_____ 先生)

①一番気になるのは何ですか？

②どのように治療したいですか？(複数回答可)

(ガタガタをきれいにしたい・前歯をひっこめたい・奥歯をかめるようにしたい・口が閉じられるようにしたい・歯を白くしたい・口元をスッキリしたい etc)

③詳しくお聞きになりたい内容順に番号をつけて下さい

()治療期間・()治療費・()装置の種類・()治療内容・()通院間隔・()支払方法

その他 _____

④抜歯について

正当な理由があるならかまわない 絶対にいやだ

他に替わる方法があるなら避けたい とりあえず話を聞きたい

⑤本日のお時間は？

____分位なら良い ・ ____: ____までには終わりたい・ 時間に問題はない

⑥レントゲンと歯型をおとりして、治療方針などの詳しい話を

聞きたい ・ 遠慮する (相談料 ¥3,150: 税込みに含まれます)

⑦以前に矯正相談・矯正治療を受けられたことは？

ない・ある (_____ 前に _____ 歯科医院で) 相談した・治療した

ご協力ありがとうございました