

矯正歯科 問診票

記入日: 令和

年

月

日

No.

ふりがな			生年月日	昭・平・令	年	月	日
お名前	男・女		電話番号	自宅	-	-	
				携帯	-	-	
年齢	歳	ヶ月					
保護者氏名 (未成年者)	ご本人との間柄 ()		緊急 連絡先	-	-		(保護者・学校・職場) ※必ずご記入ください
ご住所	〒 -		楽器	楽器を吹きますか? □はい(楽器) □ いいえ			
	今後転居のご予定がありますか? □あり □なし □わからない		スポーツ	歯を食いしばるスポーツをしますか? □はい() □ いいえ			

下記の質問事項について、該当する項目に☑をつけて下さい。

歯ならび等について気になっているところはどこですか？

- 前歯がでている でこぼこ 受け口 噛み合わせ 歯ぎしり 食いしばり
 その他、具体的に ()

矯正治療に対する積極性を教えてください

- ご本人様 絶対治療したい やや治療したい できれば治療したくない 相談のみ
 保護者様 絶対治療してほしい 本人が希望するなら治療してほしい
 できれば治療してほしくない 相談のみ
 その他 ()

矯正治療に対する不安はありますか？

- 特になし 装置が目立たないか 装着中の痛み 金額面 その他()

ご家族・ご親族で歯並びが悪い人はいますか？

- はい (父 / 母 / 兄弟 / その他)
 いいえ

お体の状態について

- 健康・普通 不良
 通院中(疾患名)

医師記入欄

当医院がマイナ保険証によりあなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)を取得することに同意しましたか？

はい・いいえ (○をつけてください)

当院では患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)
加算1:4点 加算2:2点(マイナ保険証を利用した場合)