

# 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? <input type="checkbox"/> はい(楽器 ) <input type="checkbox"/> いいえ			
	今後転居のご予定がありますか? <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> はい( ) <input type="checkbox"/> 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)