

カウンセリングシート

ようこそ自由が丘矯正歯科クリニックへ
 ご相談の参考にさせていただきますので以下のご質問にお答え下さい。

2枚目までご記入ください。

記入日 2012年 月 日

フリガナ	男	生年月日 (西暦 年)
お名前 様	女	大・昭・平 年 月 日 (満 歳)
ご住所 〒	最寄駅 線 駅	
tel — — fax —	携帯番号	— —
e-mail		
携帯mail		
ご職業・お勤め先/学校名		
通院方法) 電車・徒歩・自転車・バス	通院時間)	時間 分
希望日時) <input type="checkbox"/> 平日昼間 <input type="checkbox"/> 平日夕方 (時以降) <input type="checkbox"/> 平日夜間 (時以降) <input type="checkbox"/> 土、日、祝		
本日レントゲン撮影をご希望ですか？(追加料金はいただきません)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
レントゲンを撮影する際には、金属製のピアス、ネックレス、髪留めを外して頂きます。		
【かかりつけの歯科医院はありますか？】	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医院名	担当医師	
ご住所	Tel	— —
健康状態についてお伺い致します。		
・最近健康診断を受けましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	西暦 年 月頃
・何か異常が発見されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・体質の異常やアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	薬 食べ物
		金属 その他
・今までに大きな病気をされた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	いつ頃 病名
・現在、妊娠している可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・歯を抜いた事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・顔、口、歯を打った事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・口をあけると、耳の前あたりで音がしますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・あごの関節が痛くなった事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・おタバコは吸われますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・歯科で麻酔の注射を打った事がありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・注射を打って気持ち悪くなった事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・血が止まりにくい事がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・鼻がよくつまりますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・のどがよく腫れますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
・扁桃腺やアデノイドをとりましたか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
・よく口をあいたり、いびきをかいいたりしますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

※お答えいただいた情報は厳重に管理し、治療及び患者様へのご案内以外には絶対に使用いたしません。

ご家族についてお伺い致します。
 (本人には○を付け、叔父母、従兄弟についてもわかる範囲でお答え下さい。)

歯並び・・・1.良い 2.普通 3.少し出っ歯 4.とても良い 5.受け口 6.デコボコ 7.八重歯
 ※矯正治療を既に受けられている方には「歯並び」欄の数字を○で囲んで下さい。

続柄	年齢	歯並び	備考
例) 従兄	45	③	従兄は以前少し出っ歯だったが矯正治療をしたことがある
祖父(父方)			
祖扶(父方)			
祖父(母方)			
祖扶(母方)			
父			
母			
第一子			
第二子			
第三子			

最後に以下の質問に答えながら、今一度ご自身のご希望をご確認下さい。
 同時にスタッフ一同、**真剣に読み参考にいたします**ので、できるだけ具体的にお答えいただけると幸いです。

・「矯正がしたい!」と考えるきっかけとなった歯並びのお悩み、出来事はなんですか?

・いつ当院の存在を知りましたか?
 また、矯正を考えたことは何度かあったかと思えます。なぜ「この時期に相談しよう」と思われたのですか?
 例) 受験が終わったから～。お金がたまったから～。

・当院で歯を矯正した結果として、どんな自分を手に入れたいですか?

・数ある矯正歯科医院のうち当院を受診してみようと思ったのはなぜですか?

・本日の初診相談で「これだけは聞かないと帰れない!」ということはなんですか?

お疲れ様でした! ご協力まことにありがとうございます。
 以降は歯科衛生士が聞きとります。もう少々お待ちください。

※お答えいただいた情報は厳重に管理し、治療及び患者様へのご案内以外には絶対に使用いたしません。

顔、口腔内写真をお見せする。

歯並び、噛み合せで気になっている事はどのような事ですか？（歯並び、噛み合わせ、あごの違和感など）

〇〇で「困ったな」と思ったのはどんな時ですか？
（写真を撮るとき、人前に出るとき、など）

矯正をしようと思われたきっかけをお聞かせください。
（十なぜこの時期に？ 入学、卒業、お金がたまった、自由な時間ができた等）

矯正治療の期間はどのくらいとお考えですか？

もし〇〇が治ったら「こんな事がしたい！」という夢はありますか？

お口のくせについてお伺いします。

・口に関係するくせはありますか？

ある ない

・話にくい言葉がありますか？

ある ない

クリニックについてのイメージをお伺いします。

・当医院をどのようにしてお知りになりましたか？

タウンページ ガイドブック

その他 紹介（ ）

HP ↓どのワードやページからきましたか？

・矯正歯科の受診は初めてですか？

他の医院を受診されている方は、そちらではどのようなご説明を受けましたか？

・これまで通院された歯科医院（一般含む）の中で、不快に思われたご経験はありましたか？

治療に対するイメージ・ご希望をお聞かせ下さい。

優先順位

- () 位 口元を【引っ込めたい・出したい・どちらでもない】
- () 位 出っ歯を【引っ込めたい・出したい・どちらでもない】
- () 位 装置によって【話しにくくなるのは困る・多少の期間はやむをえないと思う】
- () 位 治療期間を【可能な限り短くしたい（外科手術を伴ってもいい）・じっくり（通常2年前後）】
- () 位 治療に伴う抜歯は【抜いてもよい・絶対抜かない・必要ならやむをえない】

抜歯する場合 【治療上必要なら健康な歯を抜いてよい・悪くなっている歯を抜きたい（コストがかかっても）】

- () 位 装置を付ける場所は【表がよい・裏がよい】

表の場合 【セラミック・メタル】

- () 位 ホワイトニングを【したい・必要ない】

その他、ご希望、ご質問

