

フリガナ 氏名	男・女					
生年月日	西暦	年 (S・H	年)	月	日 /	歳 か月
住所	〒 - TEL - -					
学校名 (学年) /勤務先名	TEL - -					
保護者氏名	続柄 () / 転勤の可能性 (なし・あり)					
住所	TEL - -					
勤務先名	TEL - -					

- なぜ当院を選びましたか？
 - 紹介 (お名前 様) b. 評判を聞いて c. 近いから (勤務先・学校・自宅)
 - 看板を見て e. チラシを見て f. ホームページを見て g. その他 ()
- 矯正治療を受けようと思ったきっかけは？
 - 自分で歯並びを治したいと思った
(もともと気になっていた 他の人がやっているのを見て テレビや雑誌などを見て その他…)
 - 親や友人などにすすめられた c. 当院の患者さんに紹介された (お名前 様)
 - 学校・勤務先などの歯科健診で指摘された e. かかりつけの歯科医師に紹介された
 - その他 ()
- どんなことが気になりますか？ (該当する項目すべてにチェックしてください)
 - 出っ歯 b. 受け口 c. 八重歯 d. 歯がでこぼこで並びきらない e. 歯がねじれている
 - 歯と歯の間にすきまがある g. 前歯がかみあわない h. 奥歯がかみあわない
 - 前歯のかみあわせが深い j. 笑うと歯ぐきが見える
 - 横から見た時に口元が出ている ……上くちびる 下くちびる 上下とも
 - 前から見た時にあごが横にずれている ……右に 左に
 - あごがカクカク音がする n. 大きく口を開けられない o. あごが痛い
 - その他 ()
- 今までに、矯正治療について相談をしたり治療を受けたりしたことがありますか？
 - ある ……いつ？ ()
どこで？ ()
どんな内容？ ()
 - ない

※治療に対する希望・その他

()

どうもありがとうございました。 —スマイル歯科・矯正歯科—



03-3237-0757

診療日時	月	火	水	木	金	土	日
09:30 ~ 13:00	●	●	-	●	●	●	-
14:30 ~ 19:00	●	●	-	●	●	★	-

★14:00 ~ 17:00

休診：水曜・日曜・祝日・土曜午後

一般歯科・矯正歯科・小児歯科・口腔外科
インプラント・CT/マイクロスコープ完備
無痛治療・審美歯科・デンタルエステ
アンチエイジング・いびき治療・歯科ドッグ



〒102-0072 東京都千代田区飯田橋 4-1-11 信濃ビル 2F