

## 他院での矯正治療中の方へ（問診票）

ご相談日

年 月 日

お名前

さま

ご連絡いただき誠にありがとうございます。

今回のご相談をスムーズに進めるために、事前に以下の質問になるべく詳しくお答えください。

★当クリニックにご相談される理由・目的を教えてください。

当てはまる項目にチェックしてください。（複数回答可）

- 1) まだ実際に治療は始めてはいないが、診断が正しいか確認したい
- 2) 現在の歯科医院での治療方針が適切か確認したい
- 3) 現在の治療方法以外に選択肢がないか確認したい
- 4) 今後の見通しについて確認したい
- 5) 見えにくい矯正装置に変えたい
- 6) 歯の色も改善したい
- 7) その他（なるべく具体的に記入ください）

★これまで治療を受けている、または受ける予定の歯科医院名・歯科医師名をご記入ください。

歯科医院名

歯科医師名

★担当の歯科医師からどのように説明を受けているかご記入ください。

診断名

治療費

現状や今後予想される経過

★現在行われている、または担当医に勧められている治療方法についてご記入ください。

★今後の治療方法に対するご希望があればご記入ください。

★その他、どのようなことでも結構ですので、今回ご相談したいことがあればご記入ください。