

# 矯正問診表

ふりがな お名前（お子さん）	女・男	生年月日	令和 平成 年 月 日（ ）歳
保護者氏名		電話番号	
住所		兄弟・ 姉妹は？	<input type="checkbox"/> いる、本人以外に（ ）人 <input type="checkbox"/> いない
気になる箇所に チェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 上の前歯が出ている <input type="checkbox"/> 上の前歯がガタガタ <input type="checkbox"/> 歯が変な所から生えている <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 下の前歯が出ている（受け口） <input type="checkbox"/> 下の前歯がガタガタ <input type="checkbox"/> 歯が生えてこない	

下記の質問にもお答えください

かかりつけの 歯医者さんは？		歯並びについて何と 言われましたか？	
矯正の説明を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		
説明を受けたことがある方は チェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 治療開始時期 <input type="checkbox"/> 治療期間	<input type="checkbox"/> 治療方法 <input type="checkbox"/> 治療金額	
矯正治療において一番気になる事に チェックをお願いします	<input type="checkbox"/> 治療開始時期 <input type="checkbox"/> 治療期間	<input type="checkbox"/> 治療方法 <input type="checkbox"/> 治療金額	<input type="checkbox"/> 治療実績 <input type="checkbox"/> 支払い方法

ご要望や気になることをご記入ください




らいふ歯科クリニック  
LIFE DENTAL CLINIC