

## 矯正診療申込書 平成 年 月 日 ( )

ふりがな お名前		年齢 ご職業	歳 月 日 年生
ご住所	〒		
生年月日	昭和 / 平成 年 月 日生	性別	男 / 女
治療を受けることになった動機			
1. 2. 3.			
当院をどのようにして知りましたか？			
1. 紹介 _____ 先生 _____ さん 2. インターネット 3. その他 ( )			
通院方法	所要時間	通院しやすい日 (土曜日以外でご記入ください)	通院できない曜日
・電車	分	1. 曜日	1. 曜日
・バス	分	2. 曜日	2. 曜日
・徒歩	分	3. 曜日	
・自家用車	分		理由
合計	分		
以下のアンケートにご協力ください。			
1. 以前、矯正歯科治療を受けたことがある。		(はい 年前 / いいえ)	
2. 口を開けると、音がすることがある。		(はい / いいえ)	
3. 歯型を採ると、気分が悪くなる。		(はい / いいえ)	
4. 以前、病気に罹ったことがある。		(心臓病・肝臓病・その他 / いいえ)	
5. 転勤・引っ越しの可能性について。		(ある / ない)	
6. アレルギーの有無。		(有 / 無)	
DIA	/	( )	: