

☆患者さまプロフィール☆



フリガナ  
ご氏名:

生年月日:      年      月      日( 歳    ヶ月)

ご住所:      〒

連絡先:ご自宅 (      )-(      )-(      )  
          ご携帯 (      )-(      )-(      )

最も気になるところ(      )

かかりつけの歯科医院(      )

① 本日のご来院のきっかけは何でしたか？(複数回答可)

- 1) 歯科医のすすめ(      先生より)
- 2) 知人からの紹介(      さまより)
- 3) 新聞のチラシ    4) インターネットでHPを見た    5) 看板や広告を見て
- 6) タウンページ    7) その他(      )

② 歯並びに問題があることを患者さんご自身は気にされていますか？

- 1) 気になる      2) 気にならない

③ 歯並びを治療することに患者さんご本人は積極的ですか？

- 1) はい    2) あまり気が進まない    3) どちらとも言えない

④ 矯正治療に際して気になっていることがあればお書きください。  
ご記入内容について、カウンセリングでお話させていただきます。

(      )

⑤ 現在、歯科以外の通院を要している疾患はありますか？

(      )

お疲れ様でした！準備が出来るまでしばらくかけてお待ちください。