

## ☆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。