フリガナ		男・女	年齢	歳	生年月日	大・昭・平・令　年　月　日
氏名			患者 ID	キレカル ID	予約日時	YYYY/MM/DD
フリガナ						
住所	〒					
電話番号		女性のみ：妊娠中ですか？			□はい　□いいえ	
職業	□会社員　□自営業　□学生　□主婦　□その他（　　）					

保護者情報（未成年の方のみ）

氏名	漢字だけで OK	続柄	
職業	□会社員　□自営業　□その他（　　）	連絡先	

1.　気になっているポイント

□ **でこぼこ・ガタガタ・八重歯（叢生）**	□ **かみ合わせが深い（過蓋咬合）**
□ **出っ歯（上顎前突）**	□ **笑った時に上の歯茎が見える（ガミースマイル）**
□ **受け口（反対咬合）**	□ **口ゴボ（上下顎前突）※1,※2**
□ **すきっ歯（空隙歯列）**	□ **歯の形や大きさが気になる**
□ **前歯が閉じない（開咬）**	□ **歯の色が気になる**
□ **中心がずれている（正中不一致）**	□ **その他**

※1 症状が強い場合は適応にならない場合があります。

※2 矯正歯科学ではこのような表現は存在しません。矯正歯科領域では一般的に上下顎前突、上顎前突、下顎後退症など口元が突出している状態のことが言われるケースが多い。

2.　主訴（どこが気になっていますか）ご自身の言葉で具体的にご記入いただき、あわせて治療のご希望もご記載ください。

[　　]

3.　現在治療中の歯はありますか

□ なし	□ あり：	□ むし歯　部位 [　　]
		□ 詰め物・被せ物　種類・部位 [　　]

4.　今までに矯正治療をしたことはありますか

□ なし	□ あり：	□ ワイヤー矯正　[時期：　　]
		□ マウスピース矯正 [時期：　　]
		□ 小児矯正　[時期：　　]

5.　顔や顎を強くぶつけた経験

□ なし	□ あり：	いつ　[　　]
		部位　[　　]
		治療法 [　　]

6.　矯正治療後にインプラントやセラミックなどを予定していますか

□ なし	□ あり：	治療名 [　　]

7.　麻酔で問題があったことはありますか

□ 問題なし / 麻酔経験なし	□ あり：	症状 [　　]

8.　現在、治療中の病気や服用している薬はありますか

□ なし	□ あり：	病名 [　　]
		服薬 [　　]

9.　今までに大きな病気（先天性疾患含む）や怪我をしたことがありますか

□ なし	□ あり：	病名 [　　]

10.　アレルギー

□ なし	□ あり：	□ 金属アレルギー [服用中の薬：　　]
		□ 花粉・鼻づまり [服用中の薬：　　]
		□ その他　[服用中の薬：　　]

11.　引っ越し予定

□ なし	□ あり：	時期 [　　]