

ご相談内容について

記入日: 年 月 日

お名前 (治療を受けるご本人)

性別 (チェックを入れてください) 男性 女性

生年月日 年 月 日 (歳)

ご相談にいらした動機は何ですか? (該当するものにチェックを入れてください)

- 歯並びが気になったから 上の前歯が出ているのが気になったから
 上下の前歯が反対になっているのが気になったから 物を咬みにくいから
 その他: 具体的にお書きください

ご相談の際に聞いておきたいことは何ですか? (該当するものにチェックを入れてください)

- 治療を始める時期について 治療の流れについて 矯正歯科治療について
 治療の必要度について 治療に伴う諸費用について
その他: 具体的にお書きください

該当事項があればチェックを入れてください。

- 扁桃腺がよく腫れる いびきをよくかく 発音しづらい音がある ()
 アデノイド 歯ぎしりをよくする 顎や口や歯を強く打ったことがある
 よく鼻が詰まる 口内炎ができやすい 指しゃぶりや物噛みの癖がある
 日中、よく口を開けている 唇をかむ癖がある 口を開けると顎の関節付近で変な音がする
 よく口を開けたまま寝ている 物を噛みづらい 中耳炎にかかったことがある



いなげ矯正歯科医院 Tel. 045-984-8588

〒227-0062 神奈川県横浜市青葉区青葉台2-10-15 鈴木ビル2F
診療日: 月・水・金・土曜、第2,4日曜と火曜 / 10:00~12:30、午後 14:00~18:00 (日曜 17:00)