

# 矯正治療調査表

年 月 日
歯科医院
紹介者

ふりがな		生年月日	
氏名			
住所		生後満	歳 カ月
学校名、学年 又は勤務先		通院所要 時間	
保護者氏名	父 母	職業	
電話	( )		

おわかりの点のみ正確に！ 印をつけて下さい

治療に対する希望（どのように治してもらいたいか）

長い間つづけて月に2度かよえますか（はい・いいえ）

御家族の歯ならび

例 普通、良い、悪い、出っ歯、うけ口、八重歯など

	性別	歯並び		性別	歯並び
父				男・女	
母				男・女	
第一子	男・女			男・女	
第二子	男・女			男・女	
第三子	男・女			男・女	
	男・女			男・女	
	男・女			男・女	

祖父母、叔父母、従兄弟についても、出来るだけ詳細にお書き下さい。