

矯正歯科相談票

2019/2/11「市民セミナー in かわさき」

この用紙の 1)2)3)にご記入の上、相談コーナーの担当ドクターにお渡しください。
相談時間は1組10分程度とさせていただきます。相談対象者が2人以上の場合、相談対象者1名につき1枚記入してください。

1)ご相談を受けたい方 _____ 歳 性別(男 女)

2)気になる症状はどのようなことですか？

3)どのような内容を相談したいですか？□にしをつけてください。

- 1 治療の必要性 2 治療開始時期 3 医院選択 4 治療費
5 治療内容、装置 6 その他 (下欄に具体的にお書き下さい。)

相談担当医記入欄

認められた症状： _____

治療の必要度： _____

以下 日本臨床矯正歯科医会使用欄

相談結果

■ 認められた症状

- 1 叢生(凸凹の歯並び) 2 上顎前突(出っ歯) 3 反対咬合(受け口)
4 上下前歯前突 5 開咬(咬み合っていない歯がある)
6 過蓋咬合(深すぎる咬み合わせ)
7 顎の横ずれ 8 空隙歯列(隙っ歯) 9 歯の数が足りない(疑い)
10 その他(_____)

■ 治療の必要度

- 1 必要度高い ①すぐに始めた方がよい ②時期をみて治療した方がよい
2 今のところ経過を診てゆけばよい
3 その他(_____)

日本臨床矯正歯科医会