

# 矯正歯科相談票

2018/7/1「市民セミナー in はだの」

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人以上の場合は、この用紙をコピーしてご記入下さい。この用紙は、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？□にシをつけてください。

- 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： \_\_\_\_\_

切り取り線

## 検診結果

### ■ 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 神奈川支部

<http://www.kanagawa-kyouseishika-ikai.jp>