



コンサルティングシート



ご氏名 _____

当院では初回コンサルティング時での意志の疎通を大切にしております。
可能な限り皆様の矯正治療に対する疑問な点にわかりやすくお答えしたいと考えて
おりますので、気になる所の□にチェックを入れて受付にお渡し下さい。

- 自分の歯並びが本当に綺麗な歯並びになるか知りたい。
- どこで矯正治療を始めて良いかわからない。
- 矯正治療が自分にとってベストな治療かがわからない。
- 矯正装置を歯につけることに抵抗がある。
- 矯正治療が身体に影響があるか心配。
- どのくらいの期間がかかるか知りたい。
- 治療に抜歯が必要か知りたい。
- 治療中に痛みがあるか心配。
- 料金が最終的に幾らになるか知りたい。
- 治療費の分割支払いがどこまで可能か知りたい。
- 通院が学校や仕事の負担にならないか心配。
- 家族の同意が必要で、上手く説明できるか心配。
- 治療を始めてからの周囲（職場や学校）の反応が心配。
- 年齢的に治療に不安がある。
- 他にお聞きになりたいことがございましたら、ご記入ください。

※インターネットをご覧になってご来院いただいた方へ

矯正歯科を検索された時のキーワード（複数回答可）と、参考にされたサイトにチェックを
ご記入下さい。（複数回答可）

検索キーワード _____

- 当院ホームページを直接検索
- ツイッター
- その他（ _____ ）

※ご協力ありがとうございました。