

矯正治療患者様向け 保定開始時アンケート兼掲載同意書①

①あてはまる年代に○をつけてください。

10代 20代 30代 40代 50代 60代

②あてはまる性別に○をつけてください。

男性 女性

③お住まいの地域をご記入ください(都道府県まで)

東京都

④ご職業

専ら職

⑤矯正を始めたきっかけをご記入ください。

前歯の
上・下の歯がズレていて前歯で噛むことが出来なかった為

⑥当院をお選びになった理由をご記入ください。

他院では外科的手術が必要と言われたため、当院では外科的手術が不要な為

⑦矯正治療をしてよかったことをご記入ください。

前歯が噛むことが出来るようになった。歯並びが良くなった。

⑧矯正治療をして大変だったことをご記入ください。

毎食後の歯みがき、器具を毎半以上装着している^{ときは}違和感があること。

⑨矯正をしようか迷っている方へメッセージ/矯正治療の感想をご記入ください。

矯正が終わるまで不安なときもありましたが、親切な先生、スタッフのおかげで支え^{7頁}から器具を外すことができました。噛み合わせ、歯並びが良くなって本当に嬉しいです。ありがとうございました。