

各種X線の分析チャート(X線の分析のみ希望)

■概要記入欄

先生に関する個人情報(この情報は当塾においてご相談させていただく際の参考にする以外、門外不出ですが、記入しにくい部分は空欄で結構です)アンダーラインにご記入いただき、()内は該当に○(質問内容によっては複数の○も可)をして下さい。

氏名 _____ (男・女) 卒業大学 _____ 大学

卒業年度(昭和・平成) _____ 年 開業か勤務か(開業・勤務)

開業(勤務)地(都内・関東→ _____ 県・それ以外→ _____)

開業(勤務)年数(2年未満・5年未満・10年未満・20年未満・それ以上)

矯正患者は?(自身で治療・自院の他のDr.が治療・他院へ紹介・その他)

使用装置は?(可撤式・固定式・マルチブラケット・舌側矯正・その他)

適応範囲は?(予防や咬合誘導・混合歯列・永久歯列・成人矯正・包括矯正)

自身の矯正歴(なし・2年未満・5年未満・10年未満・それ以上)

自院の矯正歴(なし・2年未満・5年未満・10年未満・それ以上)

■医院名 _____

■患者名 _____ (男・女) 生年月日 _____ 年 月 日(歳)

患者様の主訴 _____

同封(添付)資料

側面セファロ⇒分析を希望(する・しない)※1

正面セファロ⇒分析を希望(する・しない)※1

手根骨X線⇒読影を希望(する・しない)※1

その他

※1:分析/読影希望欄が空欄の場合、【分析/読影を希望する】と見なします。予めご了承ください。

分析のみ希望である はい · いいえ(診断も希望します)※2

※2:空欄の場合、【分析のみ希望】と見なします。予めご了承ください。

側面セファロ撮影日(月 日)

正面セファロ撮影日(月 日)

手根骨セファロ撮影日(月 日)

納期(次回患者来院日)(月 日) ★返送には1週間~10日かかります。予めご了承ください。

パノラマX線、口腔内・顔貌写真、口腔模型、バイトがあれば同封し郵送してください。

■相談内容(診断希望の場合には、別紙「各種資料による分析・診断チャート」をご記入ください)