

医療関係者専用 できた矯正歯科 相談・紹介フォーム

■ 医院様情報

医院名：

担当医先生：

電話番号：

Email：

■ 患者様情報

患者様氏名：

電話番号：

生年月日：

年齢：()歳 性別：☐ 男性 ☐ 女性

■ ご相談内容の概要（該当項目に✓）

- ☐ 叢生 ☐ 空隙歯列 ☐ 上顎前突 ☐ 下顎前突 ☐ 開咬 ☐ 過蓋咬合 ☐ 側方偏位
☐ I期（小児）矯正 ☐ 補綴前矯正 ☐ 再治療 ☐ 転医 ☐ その他（ ）

■ ご紹介／ご相談の目的（該当項目に✓）

- ☐ 矯正治療の依頼（紹介） ☐ セカンドオピニオン希望 ☐ 診断のアドバイスを希望
☐ クリンチェック作成依頼 ☐ セファロ・CBCT撮影依頼 ☐ その他（ ）

■ 術後補綴の予定（該当項目に✓）

- ☐ あり ☐ なし（予定されていない） ☐ 未定（相談希望） ☐ その他（ ）
補綴内容：（ ） 部位：（ ）

■ ご相談内容、現在の治療状況や所見・ご希望など（自由記載）

■ 資料提供（該当項目に✓）

添付資料の内容：☐ なし ☐ レントゲン ☐ 模型写真 ☐ 口腔内写真 ☐ 模型データ

※資料到着後、原則2営業日以内にご連絡いたします

※郵送が必要な場合は 〒862-0959 熊本市中央区白山2丁目3-12 までご送付ください。