



# (初) バニラ歯科 問診表

記入日：令和 年 月 日

ふりがな  
・お名前  
・ご住所 〒

(男・女)  
(満 歳)

・お電話（日中のご連絡先） ・携帯 ・ご自宅

・ご来院のきっかけ

ご紹介者様

《 通りがかり・家族、知人の紹介・ネット検索・SNS・その他広告 》 《

》

1, 本日は以下のいずれをご持参されましたか？

健康保険証 マイナンバーカード(以下、マイナ保険証) 医療券

2, マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。

あなたの診療情報を当院が取得することに同意されましたか？

同意していない 同意した

3, 本日来院された理由をお聞かせください。

検診(歯石除去・クリーニング・フッ素塗布含む)

治療 →どうされましたか？当てはまるもの全て選択してください。

歯が痛い 歯ぐきが痛い 歯がグラグラする 歯の被せ物・詰め物がとれた  
咬むと痛い 熱いもの・冷たいものがしみる 今は痛くないが痛かった 痛みは無い  
口内炎 他院で治療途中の続き 入れ歯を作りたい マウスピースを作りたい  
ホワイトニング(保険外) セラミック(保険外) 歯列矯正(保険外)  
治療相談 その他( )

→場所は？ 右下・右上・上の前歯・下の前歯・左上・左下・不明

→部位は？ 歯・歯ぐき・あご・唇・舌・頬・不明

4, 現在、ご加療中のご病気はありますか？

なし 高血圧 糖尿病 血液疾患 肝臓・腎臓 心臓 (ペ-ス-カ-有・無)  
骨粗しょう症(注射薬 有・無) 精神疾患 感染症(HIV/B型肝炎/C型肝炎)  
その他 具体的な病名( )

5, 現在、飲んでいる薬はありますか？

ない ある 具体的に( )

\*お薬手帳をお持ちの方は記入不要です。受付にご提示ください。

6, 体に合わないお薬はありますか？(アレルギーなど)

ない ある 具体的に( )

7, 他の歯の治療について / その他ご希望がございましたらご記入下さい。

今気になっているところだけ治療したい 他に悪いところがあれば全て治療したい

悪いところの説明を聞いてから治療するか決めたい その他のご希望( )

8, 当院では原則的にはすべて保険にて治療を行っていますが、  
症例によっては保険以外の方法がより良い場合もあります。

すべて保険での治療希望 そのつど説明を受けて判断したい

9, (女性の方にお聞きします) 現在、妊娠中ですか？

いいえ 妊娠中( 月) 授乳中

当院は診療情報を取得・獲得することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

\*医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)マイナ保険証を利用した場合、保険点数がマイナ2点されます(1点10円)