医療法人　鎌田医院

問　診　票

ご記入日　　年　　月　　日

氏　名	フリガナ	生年月日　大正　昭和　平成 年　月　日生		年齢	歳
住所	〒（　　ー　　）	電話番号		職業	

今後の診察の参考となります。以下の質問にお答えください。
尚、この問診票の内容につきましては、医師法に基づき、守秘の義務を厳守いたします。

1．　今までに当院にかかられたことはありますか？　　ある　・　ない

2．　今日はどうされましたか？　(例)　昨日から胃が痛い／　昨日、排便時に鮮血が出た
いつから、熱、症状等を具体的にお書き下さい。

3．　今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？　　ある　・　ない

4．　3．で「ある」と回答された方にお尋ねします。それはどのようなご病気でしょうか？下記よりお選び下さい。
(複数選択可です)

胃潰瘍　十二指腸潰瘍　大腸ポリープ　胃がん　大腸がん　心臓病　肝臓病　糖尿病　高血圧
その他　（　　）

5．　3．で「ある」と回答された方にお尋ねします。それはどのような手術でしょうか？下記よりお選び下さい。
(複数選択可です)

胃潰瘍　十二指腸潰瘍　大腸ポリープ　胃がん　大腸がん　心臓病　肝臓病　肛門疾患
その他　（　　）

6．　ご家族の中に、がん、心臓病など大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？　　いる　・　いない

7．　女性の方にお尋ねいたします。現在妊娠の可能性はありますか？　　ある　・　ない　・　わからない

8．　がんなどの病気がわかった場合、どなたに説明を希望されますか？

本人　・　家族（　　）　・　その他（　　）

9．　朝食　・　昼食　をとられましたか？　　はい　・　いいえ　　何時ごろですか？(　　時)

10．　今までに薬でアレルギーを起こしたことはありますか？　　はい　・　いいえ（　　）

11．　特に診てほしいところはどこですか？　具体的にお書きください。

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、受付にお渡しください。