

患者 ID :
患者氏名 :
生年月日 :

麻酔科術前問診票

次の事項は、個人情報保護に十分配慮させていただいた上で、麻酔科専門医師が麻酔管理上の参考にさせていただくために使用いたします。以下の質問に対して、(ある、ない)
(はい、いいえ) または記号の一方を○で囲み、場合によって詳細をご記入ください。
書ききれない場合は、裏面をご使用ください。

- 「麻酔説明書」(パンフレット)をお読みいただけましたか。
(はい、いいえ)
➤ 読んでわからないところがあれば、お書きください。

- 今までに、手術を受けたことがありますか。
(ある、ない)
➤ ある場合には、その時期と手術内容をお書きください。
年 月

年 月

➤ 手術を受けた方で、その時に何か問題があったり、つらかったことがあればお書きください。

- ご家族や血縁の方で、筋肉の病気や全身麻酔を受けて異常を指摘された方はいますか。
(いる、いない)
- 普段、内服している薬はありますか。
(ある、ない)
➤ 具体的に何のお薬ですか。

➤ その中に血液をサラサラにする薬はありますか。
(ある、ない)

患者 ID :

患者氏名 :

生年月日 :

- 手術対象となる病気のほかに、以下のような病気や習慣はありますか。

高血圧 (ある、ない)

心臓の病気 (ある、ない)

糖尿病 (ある、ない)

気管支喘息 (ある、ない)

ある場合、最後の発作はいつですか。 _____

気管支喘息以外の肺の病気 (ある、ない)

アレルギー (薬、食べ物、接触など) (ある、ない)

ある場合、具体的に : _____

肝臓の病気 (ある、ない)

腎臓の病気 (ある、ない)

脳梗塞や脳出血、神経の病気 (ある、ない)

乗り物酔いはしやすいですか (はい、いいえ)

喫煙 (A、吸っている、B、昔吸っていたがやめた、C、吸ったことはない)

A : 1 日 () 本を、() 年間吸っている

B : () から禁煙。それまで、1 日 () 本を、() 年間吸った。

お酒 (A、毎日のように飲む、B、時々飲む、C、ほとんど飲まない)

- 次のような事、症状がありますか。

胸を締め付けられるような痛み (ある、ない)

肩やみぞおちに走る激痛 (ある、ない)

動悸、脈の乱れ (ある、ない)

息苦しさ (ある、ない)

むくみ (ある、ない)

口が開きにくい (ある、ない)

入れ歯や差し歯 (ある、ない)

ぐらついている歯 (ある、ない)

首が動きにくい、動かすと痺れる (ある、ない)

いびきをかく、寝ているとき息が止まる (ある、ない)

(女性の方のみ) 妊娠している可能性 (ある、ない)

- 手術予定日の前後 1 か月以内に予防接種の予定はありますか。 (ある、ない)

➤ ある場合、何の予防接種ですか。

- 麻酔について何か要望はありますか。

ご協力ありがとうございました。