

ID

麻酔科術前問診表 15歳以上用

玉川病院麻酔科では患者様に対してできるだけ安全な麻酔管理を行なうように努力しています。その際、患者様のお身体の状態を正確に知ることが、是非とも必要になります。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致します。以下の質問に対して、(ある、ない) または番号の一方を○で囲み、ある場合は詳細をご記入ください。書ききれない場合裏面をご使用ください

記入日 年 月 日 記入者(本人、他: )

患者様氏名: 年齢: 歳 性別: 男・女 身長: cm 体重 kg

- 今まで、手術や麻酔を受けたことがありますか。(ある、ない) ある場合には時期と手術内容をお書きください。  
内容:
- 手術や麻酔を受けた方で、手術の際に麻酔の影響と思われる症状(高熱、けいれん、ショック、意識障害、まひ、しびれ)が出たことはありますか(ある、ない) ある場合にはその内容をお書きください。また、次に手術や麻酔を受けるときに注意したほうがいいといわれたことはありますか(ある、ない) ある場合にはその内容をお書きください  
内容:
- ご家族や血縁者で、神経筋肉のご病気の方、全身麻酔を受けて異常を指摘された方はおられますか。(いる、いない)
- 手術対象となる病気の他に、以下の病気などがこれまでありましたか(ある、ない) ある場合には○をつけてください  
高血圧、糖尿病、喘息(小児ぜんそく:最後の発作 歳)、心疾患(狭心症など)、肺や呼吸器の病気、肝臓、腎臓などの内臓の病気、脳神経疾患(脳梗塞、脳出血など) その他( )
- 普段、内服している薬はありますか(ある、ない) その中に「血をサラサラにする薬」はありますか(ある、ない)  
内容:
- 薬、食品などのアレルギーはありますか(ある、ない) 内容:
- 現在次のような症状はありますか(ある、ない) ある場合には○をつけてください  
発熱、鼻水、せき、たん、のどの痛み、頭痛、吐き気、嘔吐、腹痛、下痢、血が止まりにくい、しびれ、痛み、手足や首・腰が曲がらない、麻痺がある、その他気になる症状( )
- 現在次のような息切れの症状はありますか(ある、ない) ある場合、最も近い状態の番号に○をつけてください  
1. 平地をゆっくり歩いても息切れする 2. 平地を少し早歩きすると息切れする  
3. 平地は大丈夫だが、階段や坂道を登ると息切れする(途中で休む) 4. 安静にしていても息切れする
- 今までに以下のような症状が出たことはありますか(ある、ない) ある場合には○をつけてください  
胸を締め付ける痛み、肩やみぞおちに走る激痛、動悸、脈のみだれ、いきぐるしさ、むくみ
- 入れ歯、差し歯、ぐらついている歯はありますか(ある、ない)
- タバコを吸われていますか(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( )年前まで吸っていた
- (女性の方のみ) 現在妊娠している可能性はありますか(ある、ない)
- 麻酔について、何かご要望がありますか( )

ありがとうございました。必要に応じて麻酔科術前診療外来または入院後に、麻酔科医師が直接お会いして、麻酔方法や合併症などのご説明をさせていただく予定です。 玉川病院麻酔科