

麻酔科術前問診表

患者ID
カナ氏名
患者氏名 殿

生年月日
性別 年齢 歳

記入日 年 月 日 記入者(本人、他:) 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)。手術(入院)の時期と内容:
- 手術以外に入院治療したことがありますか(ある、ない)。
- 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)。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)。
ある場合はその内容:
- 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、ぜんそく(最後の発作 歳)、心疾患(狭心症など)、呼吸器の病気(結核・肋膜炎など)、肝臓・腎臓など内臓の病気、脳神経疾患(脳梗塞、脳出血など)その他()
- 普段、内服や吸入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、血が固まりやすい、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、息切れの症状はありますか(ある、ない) がある場合、最も近い状態の番号に○をつけてください
1. 同年代の方と同じように歩いて、階段も昇れる 2. 坂や階段を昇ると、同年代の方よりも息切れする。
3. 平らな道でも同年代の方と同じようには歩けない。 4. 会話や衣服の着脱でも息切れする。
- 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
意識消失、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、呼吸困難、ひどいむくみ
- 入れ歯(ある、ない)、差し歯(ある、ない)、インプラント(ある、ない)、ぐらついている歯(ある、ない)
- タバコを(A 1日()本()年間吸っている。B()年前まで吸っていた。C 吸ったことはない。)
- 輸血が必要な場合(1. 輸血に同意する、2. 条件付で輸血に同意する、3. すべての輸血を拒否する)
- (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。

玉川病院麻酔科



郵便番号158-0095

公益財団法人 日産厚生会 玉川病院

Tel 03-3700-1151 Fax 03-3700-2090