

— 麻酔科術前問診票 —

記入日 年 月 日
手術日 年 月 日

病院/医院 患者氏名 記載者 (本人・続柄)

1. 今までに全身麻酔を受けたことがありますか ----- (はい いいえ)
はい のかた 麻酔を受けて何か異常がありましたか ----- (はい いいえ)
2. 今までに輸血を受けたことがありますか ----- (はい いいえ)
3. 患者さんと血縁がある方が、麻酔を受けて何か異常のあった人はいいますか ----- (はい いいえ)
4. 心臓が悪いと言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
5. 血圧が高いと言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
6. 「ぜんそく」であると言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
7. 肝臓が悪いと言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
8. 腎臓が悪いと言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
9. 糖尿病であると言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
10. 「ひきつけ」をおこしたことがありますか ----- (はい いいえ)
11. 脳の病気、精神病、神経麻痺などにかかったことがありますか ----- (はい いいえ)
12. アレルギー体質 (湿疹、じんましんがしやすい、薬を飲むと
じんましんができるなど) であると言われたことがありますか ----- (はい いいえ)
13. 絆創膏でかぶれやすいですか ----- (はい いいえ)
14. アルコール綿でかぶれやすいですか ----- (はい いいえ)
15. いつも飲んでいる薬がありますか (薬の種類) ----- (はい いいえ)
16. 最近1ヶ月以内に予防注射を受けましたか ----- (はい いいえ)
17. 口を大きくあけることができますか ----- (はい いいえ)
18. はずれる入れ歯がありますか ----- (はい いいえ)
19. 話すことができますか ----- (はい いいえ)
20. 首を前後にまげられますか ----- (はい いいえ)
21. 目が不自由ですか ----- (はい いいえ)
はい のかた ・ (左・右・両目) が見えない
・ (眼鏡・コンタクトレンズ) をいつも使っている
22. 耳が不自由ですか ----- (はい いいえ)
はい のかた ・ (左・右・両耳) が聞こえない ・ 補聴器を使用している
23. 手足の不自由なところがありませんか ----- (はい いいえ)
はい のかた ・ 手(左・右) ・ 足 (左・右)
24. 仰向けに寝て苦痛を感じますか ----- (はい いいえ)
25. よく酒を飲みますか (種類 , 1日量は) ----- (はい いいえ)
26. タバコは吸いますか (1日量は 本、何年間 年) ----- (はい いいえ)
27. 現在、風邪をひいていますか ----- (はい いいえ)
28. 神経質なほうですか ----- (はい いいえ)
29. (女性の方へ) 月経中ですか (終了予定 月 日) ----- (はい いいえ)

■3歳以下の幼児の場合 (愛称)

1. 人見知りしますか ----- (はい いいえ)
2. 自分の名前が言えますか ----- (はい いいえ)
3. 大人の言う簡単な言葉がわかりますか ----- (はい いいえ)