

麻酔科問診票

記入日 20 年 月 日

氏名 _____ 身長 _____ cm

生年月日 (西暦) _____ 年 月 日 体重 _____ kg

1. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行なっています。 あなたは輸血を受けても良いですか。	はい	いいえ
2. 階段を2階まで休まずに昇れますか。	はい	いいえ
3. 定期的な運動をしていますか。	はい	いいえ
具体的に: _____		

4. 今までに手術の経験はありますか。	はい	いいえ
いつ (○年頃、□年前、△歳)	病名 または 手術の内容	麻酔による 異常の有無
		あり・なし
		あり・なし
		あり・なし
		あり・なし
5. 血縁者で麻酔による異常反応 (高熱、心停止など) を起こした方はいますか。	はい	いいえ
6. 乗り物酔いしやすいですか。	はい	いいえ

7. 喫煙歴はありますか。	はい	いいえ
① 「はい」の方、1日 _____ 本 _____ 年間、(いつ頃) _____ から禁煙		
② 「現在喫煙中」の方、禁煙外来の受診を希望しますか。		
8. お酒を飲みますか	はい	いいえ
① 「はい」の方 → _____ 毎日, _____ 毎週, _____ 時々 (種類) _____ (1日量) _____		

9. 今までに下記のものなどで、発疹やかゆみなどアレルギー症状が出たことはありますか。		
① 食べ物 : アボカド・キウイ・バナナ・栗、その他	はい	いいえ
② 薬 : 薬品名 _____	はい	いいえ
③ 消毒薬 : アルコール・イソジン (ポピドンヨード)、その他 _____	はい	いいえ
④ ゴム製品 : ラテックス手袋・コンドーム・輪ゴム、その他 _____	はい	いいえ
⑤ 次の疾患はありますか。 → 鼻炎 ・ 花粉症 ・ 食物アレルギー性結膜炎		

次ページへ続く→

10. 次の病気にかかったことはありますか。(今回手術される事については記入不要です) 「はい」の方は病名に○をつけるか、具体的にご記入ください。		
① 脳・神経・精神 : 脳梗塞、パーキンソン病、うつ、統合失調症、 その他	はい	いいえ
② けいれんを起こしたり、意識を失ったりしたことはありますか。	はい	いいえ
③ 目の病気 : 白内障、緑内障、義眼、その他	はい	いいえ
④ 心臓・血管 : 高血圧、心筋梗塞、狭心症、弁膜症、不整脈、ペースメーカー、 その他	はい	いいえ
⑤ 肺・呼吸器 : 喘息、睡眠時無呼吸症候群、肺気腫、COPD、結核、間質性肺炎、 その他	はい	いいえ
⑥ 「喘息」の方→ 直近の発作 : _____ 年 月 日 薬 : _____ 常用・発作時のみ・なし		
⑦ 睡眠時のいびきや無呼吸を指摘されますか。	はい	いいえ
⑧ 内分泌 : 糖尿病、甲状腺疾患、尿崩症、その他	はい	いいえ
⑨ 消化器 : 胃・十二指腸潰瘍、肝臓病、逆流性食道炎、 その他	はい	いいえ
⑩ 血液 : 白血病、貧血、その他	はい	いいえ
⑪ 筋肉、関節、皮膚 : 重症筋無力症、筋ジストロフィー、リウマチ、頸椎症、 アトピー性皮膚炎、その他	はい	いいえ
⑫ 泌尿器 : 前立腺肥大、腎不全、その他	はい	いいえ
⑬ 上記以外、その他病名		

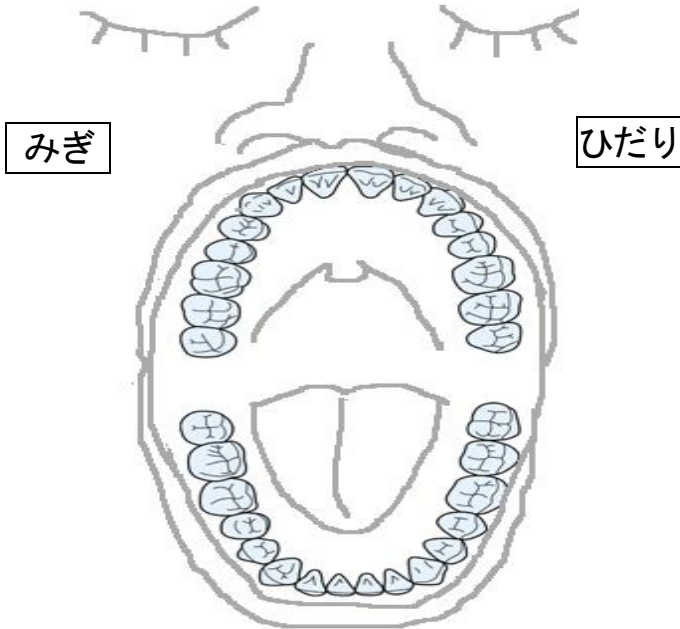
11. 当院以外で処方されているお薬はありますか。	はい	いいえ
<p>「はい」の方、当院以外の処方薬を教えてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 不明の場合「血圧の薬2種類」などの記載でも結構です。 ➤ お薬を内服している場合、処方内容がわかる資料(お薬手帳、お薬一覧表、お薬本体等)を麻酔科外来の際に必ず持参してください。 <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
12. 服用しているサプリメント、市販薬、健康食品などがあれば教えてください。		
<p>_____</p> <p>_____</p>		

次ページへ続く→

13. お口の中や歯科受診についてお伺いします。		
① お口の中で困っていることはありますか。	はい	いいえ
② ①で「はい」の方、症状に○をつけるか具体的に記入してください。 歯が痛い・歯茎が痛い・歯茎から出血する・歯が動く・義歯が合っていない・その他 _____		
③ 定期的に歯科受診していますか。	はい	いいえ
④ 最終歯科受診はいつですか。 _____ 年 _____ 月頃 _____		
⑤ 治療中の歯はありますか。	はい	いいえ
⑥ 次回の予約はいつですか。 _____ 年 _____ 月頃 _____		

歯の状態を図に記入してください

- ❖ 歯がないところは「×」印を。
- ❖ 以下、具体的に記入してください。
 「ぐらぐらの歯」
 「入れ歯」
 「セラミック」
 「差し歯」
 「インプラント」など



半年以上歯科受診歴がない方、
 ぐらつきや状態が悪い歯がある方は、
 事前に近医の歯科受診をおすすめします。

14. 女性の方にお伺いします。					
① 現在妊娠中ですか。	はい	いいえ	② 現在授乳中ですか。	はい	いいえ

15. 手術や麻酔に関して聞きたいこと、話し合いたいこと、気がかりなことはありますか。 ご自由に記載して下さい。 _____ _____

ご協力ありがとうございました。