

## 麻酔科問診票

記入日: 20 年 月 日

氏名	生年月日(西暦)	年 月 日
----	----------	-------

以下の質問事項にお答えください。

1. いままでに手術の経験はありますか？ はい・いいえ  
 「はい」と答えた方に伺います。それは、いつ、どのような手術ですか？

---

2. 麻酔による異常反応の経験はありますか？ はい・いいえ  
 3. 血縁者で麻酔による異常反応を起こした方はおられますか？ はい・いいえ  
 4. 次の病気にかかったことはありますか？ 「はい」と答えた方は具体的に記入してください。

高血圧	はい・いいえ	
心臓病	はい・いいえ	
腎臓病	はい・いいえ	
肝臓病	はい・いいえ	
糖尿病	はい・いいえ	
緑内障	はい・いいえ	
消化性潰瘍	はい・いいえ	
不整脈	はい・いいえ	
ペースメーカー	あり・なし	
肺・呼吸器系	はい・いいえ	
喘息	はい・いいえ	一番最近の発作は: 年 月 日 治療薬の使用は: 常用・発作時のみ・現在なし
その他	(リウマチ、パーキンソン病、筋疾患、甲状腺、精神疾患等 具体的に記入して下さい。)	

5. 今までに食物や薬やゴム製品(ラテックス)などで、発疹やかゆみなどのアレルギー症状がでたことはありますか？
- ・ 食べ物: はい (アボカド・キウイ・バナナ・栗・その他 \_\_\_\_\_) ・ いいえ
  - ・ 薬: はい ( \_\_\_\_\_ ) ・ いいえ
  - ・ ゴム製品: はい (ラテックス・その他 \_\_\_\_\_) ・ いいえ
6. お仕事は、医療関係もしくはゴム手袋を用いる職業ですか？ はい・いいえ
7. けいれんを起こしたり意識を失ったことはありますか？ はい・いいえ
8. 階段を休まずに2階まで昇っても平気ですか？ はい・いいえ

9. 麻酔の際に気道管理が必要になることがあるため、  
麻酔科外来にて歯の状態を確認します。

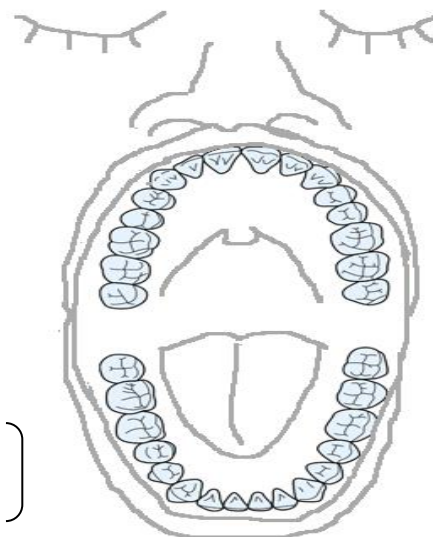
現在の歯の様子を右の図に書き込んでください。

ぐらぐらの歯、入れ歯、セラミックの歯、差し歯、インプラントなどの歯は  
具体的に右の図に記入してください。

歯がないところは、×印を図に記入してください。

そのほか自由記載欄

( )



※ぐらつきが大きい歯や状態が悪い歯がある場合、事前に近医の歯科受診をおすすめします。

10. 喫煙歴: あり(1日に\_\_\_\_本\_\_\_\_年間)(\_\_\_\_日/月/年前から禁煙) ・ なし
11. 飲酒歴: あり(毎日 / 毎週 / 時々) ・ なし
12. 睡眠時いびきをかきますか、または指摘されたことがありますか? はい ・ いいえ
13. 乗り物酔いしやすいですか? はい ・ いいえ
14. 当院以外の処方薬を教えてください。(不明なら「血圧の薬2種類」などでも結構です)

服用しているサプリメント、市販薬、健康食品などあれば教えてください。

15. 現在妊娠中ですか? はい ・ いいえ
16. 現在授乳中ですか? はい ・ いいえ
- 「はい」と答えた方は、専門の外来「妊娠と薬外来」受診のご希望はありますか?(自費) はい ・ いいえ

17. 身長、体重を教えてください。 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

18. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。  
あなたは輸血を受けてもよいですか? はい ・ いいえ

19. 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?  
ご自由に記入してください。

※ 麻酔科外来の診察は、基本的に薬剤師、周麻酔期看護師、麻酔科医師が行います。  
麻酔に対する思いがありましたらご記入いただき、診察の際にご活用ください。

( )

ご協力ありがとうございました。

**手術の際、アクセサリ類は外していただきます。マニキュアやジェルネイルは入院時までにおとしてください。**

**指輪が外れない場合は切らせていただくことがあります。**

聖路加国際病院麻酔科 SLIH-2016.11.01-ver.6.0