

麻酔科予備問診票(小児)

記入日: 20 年 月 日

患者氏名(漢字)		生年月日 (西暦)	年 月 日	年齢	歳
保護者氏名(漢字)		連絡先電話番号			

ご記入の上、外来の係に本日中にお渡しください

お子さんには、いつもお呼びになる愛称がありますか？ (_____)

直近の身長 _____ cm、体重 _____ kg

在胎週数 _____ 週、出生時体重 _____ グラム

出生時に異常を指摘されたことはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」と答えた方は、具体的に教えてください。(例: 人工呼吸器や酸素による治療を受けた。手術を受けたなど。)

(_____)

心臓や肺の病気と言われたことはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」と答えた方は、言われた病気は何でしょうか？ _____

風邪をひくとぜいぜいしたり、息が荒くなったりしますか？ (はい・いいえ)

喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)

発作はどのような場合ですか？ (不規則・季節的・天候・現在は治療を受けていない・その他)

一番最近の大きな発作は: 20 年 月 日頃 その時の処置は? _____

寝ているとき、いびきをかいたり、しばらく息がとまっていたりすることがありますか？ (はい・いいえ)

アレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

「はい」と答えた方は、具体的に教えてください。 _____

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)

これまでに全身麻酔を受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

それは(_____ 歳頃、 _____ の手術、どちらの病院で? _____)

その時、麻酔や局所麻酔による異常反応はありましたか？ (はい・いいえ)

血縁者で全身麻酔による異常反応を起こした方はいますか？ (はい・いいえ)

以上お聞きしたことに加え、何か問題を指摘されたこと、治療中のご病気がありますか？ (はい・いいえ)

その時期と内容: _____

現在服用中の薬をお教えてください(「ぜんそくの薬2種類」などでも結構です): 薬品名 _____

最終ワクチン接種 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (種類 _____)

最後の風邪はいつですか? _____ か月前 / 週間前 / 日前

その他、麻酔に関して気になること、お聞きになりたいことはありますか？

ご協力ありがとうございました。

聖路加国際病院麻酔科(2021/3 版)

210302_Ver.2.00_A4 白黒片面