

**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**

「麻酔」の目的は、手術の痛みを和らげ、手術が身体に及ぼす影響を最小にとどめることです。当院では専任の麻酔科医師が麻酔を担当し、お子さんの身体に合った麻酔法を計画いたします。あらかじめお子さんの身体の状態を知っておくために、お手数ですが以下の質問項目にお答えくださるようお願いいたします。

お子さんには、いつもお呼びになる愛称がありますか？ ( )

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週、出生時体重 \_\_\_\_\_ グラム、産院からの退院は生後 \_\_\_\_\_ 日目

「人工呼吸器」による治療を受けたことはありますか？ ( はい・いいえ )

「はい」と答えた方は、( 新生児期・ \_\_\_\_\_ 歳頃 ) \_\_\_\_\_ 日間くらい

「酸素」による治療を受けたことはありますか？ ( はい・いいえ )

「はい」と答えた方は、( 新生児期・ \_\_\_\_\_ 歳頃 ) \_\_\_\_\_ 日間くらい

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? \_\_\_\_\_

重いアレルギー反応の経験はありますか？ ( はい・いいえ )

何に対してアレルギー反応を起こしましたか? 薬: \_\_\_\_\_ 食物: \_\_\_\_\_

症状は? ( じんましん、ショック、意識消失 )

テープや皮膚に触るもので、皮膚症状が出やすいですか？ ( はい・いいえ )

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 )

その麻酔で気になったことがありましたか？ ( 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 \_\_\_\_\_

この他、麻酔に関して気になること、お聞きになりたいことがございましたらお聞かせください。

ご協力ありがとうございました。