

麻酔問診用紙

記入日 200____年____月____日

ご記入の上、外来の係に本日中にお渡し下さい。

お名前（漢字） _____ 様
年齢 _____ 歳 ____ ヶ月 ____ 日歳
連絡先電話番号 _____

「麻酔」の目的は、手術の痛みを和らげることと、手術の身体に及ぼす影響を最小限にとどめることにあります。当院では麻酔専門医師が麻酔を担当し、あなたの体調や症状に合った麻酔法を計画致します。そこで、あらかじめあなたの身体の状態を把握しておく必要がありますので、以下の質問事項にお答え下さるようお願い致します。

1. いままでに手術、麻酔の経験はありますか。(はい _____ 歳 _____、いいえ)
2. 全身麻酔や局所麻酔により異常反応の経験はありますか。(はい、いいえ)
3. 血縁者で全身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. いままでに食物や薬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。
(はい：食物 _____ 薬 _____、いいえ)
5. けんれんをおこしたり意識を失ったことはありますか。(はい、いいえ)
6. 喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか。(はい、いいえ)
喘息の薬は（内服／吸入）：（使ったことがない、使ったことがある、現在使っている）
一番最近の発作は： _____ 年 _____ 月 _____ 日、その時病院に（行った、行かなかった）
7. 肺または気管支の病気にかかったことがありますか。(はい、いいえ)
8. 心臓や血管の病気にかかったことはありますか。(はい：病名 _____、いいえ)
9. 血圧が高かったことがありますか。(はい、いいえ)
普段の血圧； _____ / _____ 今までに一番高かった血圧： _____ / _____
10. 食事や洗面など身の回りのことは自分で楽にできますか。(はい、いいえ) はい→1.6Met に相当
11. 平地を休まず 100 - 200m 歩いても平気ですか。(はい、いいえ) →3-4 Met に相当
12. 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) →5-6 Met に相当
13. 次の病気にかかったことはありますか。(腎臓病、肝臓病、糖尿病) 時期は _____
14. 定期健康診断は受けていますか。(はい、いいえ)
15. 上記以外に医師から異常を指摘されたことがありますか。
(はい：時期と内容 _____、いいえ)
16. 当院で現在かかっている他の科はありますか。(はい： _____ 科、いいえ)
17. 現在当院以外の医療機関に通っていただければお教えください。(_____)
18. 現在服用されている薬をお教えください。(不明なら「血圧の薬 2 種類」などでも結構です。)
(_____)
19. 食事制限があれば、その内容をお書きください。
(_____)

ご協力ありがとうございました。

聖路加国際病院麻酔科

(以下は病院側が記入します)

診断： _____ 手術名： _____
主治医： _____ 手術予定日： _____
上記内容を確認しました。 _____ 月 _____ 日 麻酔科： _____

(親権者または代諾人) (本人との続柄)

住所： _____

氏名： _____ 印または署名： _____