

麻酔科術前問診票

記入日：平成 年 月 日

患者さんの氏名： _____ 年齢： _____ 才（男・女）

記入した人の氏名： _____ 患者さんとの関係（ _____ ）

はい・いいえ のいずれかに○をつけてください

1	全身麻酔をうけたことがありますか	は	い	いいえ
2	輸血をうけたことがありますか	は	い	いいえ
3	血縁の方のなかで、麻酔をうけてなにか問題のあった人がいますか	は	い	いいえ
4	心臓が悪いと言われたことがありますか	は	い	いいえ
5	血圧が高いと言われたことがありますか	は	い	いいえ
6	「ぜんそく」であると言われたことがありますか	は	い	いいえ
7	肝臓が悪いと言われたことがありますか	は	い	いいえ
8	腎臓が悪いと言われたことがありますか	は	い	いいえ
9	糖尿病であると言われたことがありますか	は	い	いいえ
10	いびきが大きいと言われたことがありますか	は	い	いいえ
11	アレルギー体質（食べ物や薬で湿疹、じんましんがでたことがある） と言われたことがありますか	は	い	いいえ
12	いつも飲んでいる薬がありますか (薬の種類/名前 _____)	は	い	いいえ
13	最近1ヵ月以内に予防注射を受けましたか	は	い	いいえ
14	口を大きく開けることができますか	は	い	いいえ
15	ぐらぐらする歯がありますか	は	い	いいえ
16	はずれる「入れ歯」がありますか	は	い	いいえ
17	首を前後に曲げると手足がしびれたり痛くなりますか	は	い	いいえ
18	仰向けになると苦しくなりますか	は	い	いいえ
19	お酒を飲みますか（種類： _____ 1日量 _____ ）	は	い	いいえ
20	たばこを吸いますか（1日 _____ 本, _____ 年間）	は	い	いいえ
21	風邪をひいていますか	は	い	いいえ

麻酔について心配なことがありましたら、麻酔科医に納得のゆくまでお尋ねください