

手術・処置 問診票

ID

氏名

記入日:西暦

年

月

日

手術や処置を安全に行うための問診票ですので、以下の質問《全てに》お答えください

| | | | |
|--|--|-----------|-------------|
| 1 | 注射・薬・食べ物などで気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか？ | あり | なし |
| | ※ありの場合は以下に詳細を記入してください 何で:() 症状:() | | |
| 2 | 局麻(歯科治療の麻酔など)を受けたことがありますか？ | あり | なし |
| | 副作用はありましたか？ *ある場合は下記に症状の記載もお願いします 症状() | | |
| 3 | 今までにかかった病気に必ず○をつけて下さい | | |
| | 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 肝炎 | | |
| | その他() | | |
| 手術 ()歳の時()の手術 その時の麻酔 : 局所 ・ 腰椎 ・ 全身 | | | |
| 4 | 家族で病気になった方はいますか？ | あり | なし |
| | ※ありの場合は以下に○をつけて下さい 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 癌 ・ アレルギー ・ 神経と筋肉の病気 その他() | | |
| 5 | 今、当院以外で処方され飲んでいる薬はありますか？ | あり | なし |
| | ※ありの場合は以下に薬剤を記入してください 薬剤名 () | | |
| 6 | 血が止まりにくいと言われたことはありますか？ | あり | なし |
| | ※服用している薬剤がある場合は○をつけて下さい ワーファリン ・ バファリン ・ パナルジン ・ プラビックス ・ バイアスピリン ・ オパルモン その他() | | |
| 7 | 輸血が必要になったことがありますか？ | あり | なし |
| | *術中に輸血が必要になった場合、輸血を受けますか？ | いいえ | はい |
| 8 | 階段を1階分上がると動悸・息切れを感じますか？ | はい | いいえ |
| 9 | 入れ歯や、ぐらぐらした歯がありますか？ | あり | なし |
| 10 | 首を後ろに反らす事はできますか？ | できない | できる |
| 11 | 口を開けて縦に指が3本程度入れることができますか？ | できない | できる |
| 12 | タバコやアルコールの摂取量を教えてください | | |
| | タバコ(本/日) | ビール(本/日) | 酒・焼酎(ml/日) |
| 13 | 身長と体重を教えてください(適正な麻酔薬の量を決める際に必要になります) | | |
| | 身長(cm) | 体重(kg) | |