

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

마취 문진표/麻醉 問診票

환자성함 /患者氏名						
생년월일 /生年月日	년/年	월/月	일/日	연령/年齢	세/歳	성별/性別 □남/男 □여/女

마취를 하기 전에 환자분의 건강상태를 확인하겠습니다. 본인이 아시는 범위내에서 다음 질문에 답변해 주십시오.
/麻醉を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

해당되는 사항에 체크해 주십시오./あてはまるものにチェックしてください。

1. 지금까지 수술·처치 등으로 마취를 받은 적이 있습니까?

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

- 아니오/いいえ
- 예/はい

수술·처치명/手術・処置名: _____

2. 현재 치료 중이거나 과거에 치료를 받은 질환이 있습니까?

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

- 아니오/いいえ
- 예/はい

「예」에 체크하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

고혈압/高血圧

당뇨병/糖尿病

고지혈증/高脂血症

심장 질환/心臓の病気

「예」에 하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「心臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- 협심증·심근경색/狭心症・心筋梗塞
- 심장 판막증/心臓弁膜症
- 심부전/心不全
- 기타 심장병/その他の心臓病:

폐·호흡기 질환/肺・呼吸器の病気

「예」에 하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「肺・呼吸器の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- 천식/喘息
- 폐기종/肺気腫
- 기타 폐·호흡기 질환/その他の肺・呼吸器の病気:

간장 질환/肝臓の病気

「예」에 하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「肝臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- 바이러스성 간염(A·B·C)/ウイルス性肝炎(A・B・C)
- 간경변(간경화)/肝硬変
- 기타 간장 질환/その他の肝臓の病気:

신장 질환/腎臓の病気

「예」에 하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「腎臓の病気」にした方は該当の病名を下記から選んでください。

- 당뇨병성 신증/糖尿病性腎症
- 네프로제 증후군/ネフローゼ症候群
- 사구체 신염/糸球体腎炎
- 기타 신장 질환/その他の腎臓の病気:

患者氏名 :
患者ID :

7. 의치, 치아 보철물, 흔들리는 치아가 있습니까?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。
아니오/いいえ
예/はい
8. 한 층 위로 계단을 걸어서 올라갈 수 있습니까?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。
아니오/いいえ
예/はい
9. 피가 잘 멈추지 않거나 출혈이 일어나기 쉽습니까?/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。
아니오/いいえ
예/はい
10. 가족 중(혈연) 수술·마취를 받았을 때 문제가 생겼던 분이 있습니까?
/ご家族(血縁)の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。
아니오/いいえ
예/はい
11. (여성 분만 답해 주십시오)임신 중이거나 임신의 가능성이 있습니까?
/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか?
아니오/いいえ
예/はい
→ 「예」에 하신 분은 임신 주 수를 적어 주십시오.
/ 「はい」 をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい
(주/週)
잘 모름/わからない

마취에 관하여 궁금하신 점이나 걱정되시는 점, 요망사항이 있으신 분은 직원에게 말씀해 주십시오.
/麻酔に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。