

患者氏名：  
患者ID:

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

## Kuesioner Medis untuk Anestesi / Medical Questionnaire for Anesthesia / 麻酔問診票

Nama pasien / Patient name / 患者氏名					
Tanggal lahir / Date of birth / 生年月日	Tahun/ Year/年 Bulan/ Month/月 Tanggal/ Day/日	Umur /Age /年齢	Tahun /Years old/歳	Jenis kelamin /Sex /性別	<input type="checkbox"/> Laki-laki /Male/男 <input type="checkbox"/> Perempuan /Female/女

Sebelum memberikan anestesi, kami ingin menilai kondisi fisik Anda. Harap jawab pertanyaan-pertanyaan berikut sepengetahuan Anda.

/Prior to performing anesthesia, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.

/麻酔を行うにあたり、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。

Silakan periksa semua yang berlaku. /Please check all that apply./あてはまるものにチェックしてください。

### 1. Apakah Anda pernah dibius untuk operasi dan / atau prosedur?

/Have you ever had anesthesia for surgery and/or procedure?

/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。

Tidak/No/いいえ

Ya/Yes/はい

Jenis operasi/prosedur/手術・処置名: \_\_\_\_\_

### 2. Apakah Anda sedang dirawat atau pernah dirawat karena penyakit apa pun?

/Are you currently being treated for or have you ever been treated for any disease(s)?

/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。

Tidak/No/いいえ

Ya/Yes/はい

Jika ya, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang Anda rawat / telah diobati.

/If yes, check the box(es) indicating the diseases you are/were treated for.

/「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。

Hipertensi /Hypertension/高血圧

Diabetes mellitus/Diabetes mellitus/糖尿病

Hiperlipidemia /Hyperlipidemia/高脂血症

Penyakit jantung/Heart disease/心臓の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit jantung, maka centang kotak yang menunjukkan kondisi di mana Anda sedang dirawat / telah dirawat.

/If yes for heart disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「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。

Angina/Infark miokard /Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞

Penyakit katup/Valve disease/心臓弁膜症

Gagal jantung/ Heart failure/心不全

Penyakit jantung lainnya/ Other heart diseases/その他の心臓病:

Penyakit paru-paru dan pernapasan/Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit paru-paru dan pernapasan, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang / telah Anda rawat.

/If yes for lung and respiratory disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「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。

Asma/Asthma/喘息  Emfisema/ Emphysema/肺気腫

Penyakit paru-paru dan pernapasan lainnya/ Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気:

Penyakit hati/Liver disease/肝臓の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit hati, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang Anda rawat / telah diobati.

/If yes for liver disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「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。

Hepatitis virus(A・B・C)/ Viral hepatitis (A・B・C) /ウイルス性肝炎(A・B・C)

Sirosis/ Cirrhosis//肝硬変

Penyakit hati lainnya /Other liver diseases/その他の肝臓の病気:

患者氏名 :  
患者ID:

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

Penyakit ginjal/Kidney disease/腎臓の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit ginjal, maka centang kotak yang menunjukkan kondisi di mana Anda sedang / telah dirawat.  
/If yes for kidney disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「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。

- Nefropati diabetik/Diabetic nephropathy/糖尿病性腎症
- Sindrom nefrotik/Nephrotic syndrome/ネフローゼ症候群
- Glomerulonefritis/Glomerulonephritis/糸球体腎炎
- Penyakit ginjal lainnya /Other kidney diseases/その他の腎臓の病気 :

Penyakit otak /Brain disease/脳の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit otak, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang / telah Anda rawat.  
/If yes for brain disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「脳の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Pendarahan otak Infark serebral/Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/脳出血・脳梗塞
- Kejang/epilepsi /Convulsions/Epilepsy/痙攣・てんかん
- Penyakit otak lainnya /Other brain diseases/その他の脳の病気 :

Penyakit pencernaan/ Gastrointestinal disease/胃腸の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit gastrointestinal, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang / telah Anda rawat.  
/If yes for gastrointestinal disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「胃腸の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Gastritis kronis/Chronic gastritis/慢性胃炎
- Penyakit pencernaan lainnya /Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

Penyakit mata /Eye disease/眼の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit mata, maka centang kotak yang menunjukkan kondisi di mana Anda sedang / telah dirawat.  
/If yes for eye disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for..

/「眼の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Glaukoma (gangguan tekanan intraokular)/Glaucoma (disorder of intraocular pressure) /緑内障 (眼圧の異常)
- Katarak /Cataract/白内障
- I Penyakit mata lainnya /Other eye diseases/その他の眼の病気 :

Penyakit tulang dan otot/ Bone and muscle disease/骨や筋肉の病気

Jika "ya" dipilih untuk penyakit tulang dan otot, maka centang kotak yang menunjukkan penyakit yang sedang / telah Anda rawat.  
/If yes for bone and muscle disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「骨や筋肉の病気」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- Arthritis reumatoid/Rheumatoid arthritis/関節リウマチ
- Osteoporosis /Osteoporosis/骨粗鬆症
- Herniated disc /Disk herniation/椎間板ヘルニア
- Penyakit tulang dan otot lainnya /Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

Lainnya/ Others/その他:

**3. Apakah saat ini Anda sedang mengonsumsi obat atau suplemen?**

**/Are you currently taking any medications or supplements?/薬やサプリメントを飲んでいませんか。**

- Tidak/ No/いいえ
- Ya/Yes/はい

Nama obat atau suplemen / Name of medication(s) or supplement(s)/薬品名:

**4. Pernahkah Anda mengalami ruam atau mengalami kesulitan bernapas dari jenis obat atau makanan tertentu?**

**/Have you ever developed a rash or experienced difficulty breathing from certain types of medication or foods?  
/薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。**

- Tidak/ No/いいえ
- Ya/Yes/はい

- Nama obat/Name of medication(s)/薬品名 ::
- Nama makanan/Name of food(s)/食べもの ::
- Lainnya/Others/その他 :

患者氏名 :  
患者ID:

Bahasa Indonesia / Indonesian / インドネシア語

**5. Apakah Anda minum alkohol? /Do you drink alcohol?/お酒を飲みますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

Bir /Beer/ビール : ml/hari/ml / day/日 Sake Jepang /Japanese sake/日本酒 : ml / hari /ml /day/日  
Whisky /Whisky/ウイスキー : ml /hari/ml / day/日 Anggur/Wine/ワイン : ml / hari /ml /day/日  
Lainnya /Others/その他 :

**6. Apakah Anda merokok?/ Do you smoke?/ 煙草を吸いますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

Sejak tahun /years old/歳から Sampai tahun /years old/歳まで  
Jumlah rokok /Number of cigarettes/本/ hari /day/日

**7. Apakah Anda memiliki gigi palsu, gigi palsu, atau gigi lepas?**

**/ Do you have any dentures, false teeth or loose teeth?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

**8. Bisakah Anda menaiki satu anak tangga?**

**/ Are you able to walk up one flight of stairs?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

**9. Pernahkah Anda mengalami pendarahan yang tidak berhenti atau pendarahan yang datang dengan mudah?**

**/Have you ever experienced bleeding that wouldn't stop or bleeding that occurred easily?**

**/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

**10. Apakah ada anggota keluarga Anda yang memiliki masalah setelah menjalani operasi atau anestesi?**

**/Has anyone in your family had any problems when he/she had surgery or anesthesia?**

**/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。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

**11. (Hanya untuk wanita:) Apakah Anda hamil atau bisakah Anda hamil?**

**/(Only for females:) Are you pregnant or possibly pregnant?/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか。**

- Tidak/ No/いいえ  
Ya/Yes/はい

→ Jika ya dipilih, tulis berapa minggu Anda hamil saat ini.

/If yes, write how many weeks pregnant you are now.

/「はい」☑をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

( Minggu kehamilan /Weeks of pregnancy/週)

- Tidak tahu /Do not know/わからない

Harap beri tahu staf kami jika Anda memiliki pertanyaan, kekhawatiran, atau permintaan terkait anestesi.

/Please let our staff know if you have any questions, concerns or requests about anesthesia.

/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。

本資料は、医師や法律の専門家等の監修をうけて作成されておりますが、日本と外国の言葉や制度等の違いにより解釈の違いが生じた際には、日本語を優先とします。

This English translation has been prepared under the supervision of doctors, legal experts or others. When any difference in interpretation arises because of a nuanced difference in related languages or systems, the Japanese original shall be given priority.

Terjemahan bahasa Indonesia ini telah disiapkan di bawah pengawasan dokter, ahli hukum, atau lainnya. Jika terdapat perbedaan dalam penafsiran karena perbedaan bahasa atau sistem yang terkait, maka bahasa asli Jepang yang akan diprioritaskan.