

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

แบบสอบถามการดมยาสลบทางการแพทย์/ Medical Questionnaire for Anesthesia / 麻醉 問診票

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---------------------|--------------------|--------------------|---|
| ชื่อผู้ป่วย /Patient name /患者氏名 | | | | | |
| วันเกิด /Date of birth /生年月日 | ปี/Year/年 เดือน/Month/月 วัน/Day/日 | อายุ /Age /年齢 | ปี /years old/歳 | เพศ /Sex /性別 | <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง /Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女 |

ก่อนให้ยาชาเราต้องการประเมินสภาพร่างกายของคุณ โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ให้ดีที่สุดเท่าที่คุณจะรู้.

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

/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。

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

1. คุณเคยได้รับการดมยาสลบสำหรับการผ่าตัด?

/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。

ไม่/No/いいえ

เคย/Yes/はい

ประเภทของการผ่าตัด/Type of surgery/procedure/手術・処置名 :

2. คุณกำลังรับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาโรคโดยอยู่หรือเปล่า?

/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。

ไม่/No/いいえ

เคย/Yes/はい

ถ้าใช่ ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุความเจ็บป่วยที่คุณเป็น/ได้รับการรักษา.

/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。

ความดันโลหิตสูง/Hypertension/高血圧

โรคเบาหวาน/Diabetes mellitus/糖尿病

ไขมันในเลือดสูง/Hyperlipidemia/高脂血症

โรคหัวใจ/Heart disease/心臓の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคหัวใจให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุเงื่อนไขที่คุณกำลังรับการรักษา / ได้รับการรักษา

/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。

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ / กล้ามเนื้อหัวใจตาย/Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞

โรควาล์ว/Valve disease/心臓弁膜症

หัวใจวาย/Heart failure/心不全

โรคหัวใจอื่น ๆ/Other heart diseases/その他の心臓病 :

โรคของปอดและระบบทางเดินหายใจ/Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคปอดและระบบทางเดินหายใจ ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณกำลังรับการรักษา/ได้รับการรักษา

/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。

โรคหืด/Asthma/喘息

ถุงลมโป่งพอง/Emphysema/肺気腫

โรคปอดและระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ/Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気 :

โรคตับ/Liver disease/肝臓の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคตับให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณกำลังรับการรักษา / ได้รับการรักษา

/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。

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

โรคตับแข็ง/Cirrhosis/肝硬化

โรคตับอื่น ๆ/Other liver diseases/その他の肝臓の病気 :

患者氏名 :

患者ID :

ไทย/ Thai / タイ語

โรคไต/Kidney disease/腎臓の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคไต ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุเงื่อนไขที่คุณ/ได้รับการรักษา
/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。

- โรคไตจากเบาหวาน/Diabetic nephropathy/糖尿病性腎症
 โรคไตเนโฟรติก/Nephrotic syndrome/ネフローゼ症候群
 หน่วยไตอักเสบเฉียบพลัน/Glomerulonephritis/糸球体腎炎
 โรคไตอื่น ๆ/Other kidney diseases/その他の腎臓の病気 :

โรคทางสมอง/Brain disease / 脳の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคทางสมอง ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณเป็น / ได้รับการรักษา
/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。

- โรคหลอดเลือดสมอง/โรคหลอดเลือดสมองตีบ/Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/脳出血・脳梗塞
 ชัก/โรคลมชัก/Convulsions/Epilepsy/痙攣・てんかん
 โรคทางสมองอื่น ๆ/Other brain diseases/その他の脳の病気 :

โรคระบบทางเดินอาหาร/Gastrointestinal disease/胃腸の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคระบบทางเดินอาหาร ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณเป็น / ได้รับการรักษา
/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。

- โรคกระเพาะเรื้อรัง/Chronic gastritis/慢性胃炎
 โรคระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ/Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

โรคตา/Eye disease/眼の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคตา ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุเงื่อนไขที่คุณ/ได้รับการรักษา
/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。

- ต้อหิน (ความผิดปกติของความดันลูกตา)/Glaucoma (disorder of intraocular pressure) /緑内障 (眼圧の異常)
 ต้อกระจก/Cataract/白内障
 โรคตาอื่น ๆ/Other eye diseases/その他の眼の病気 :

โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ/Bone and muscle disease/骨や筋肉の病気

หากเลือก "ใช่" สำหรับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ให้ทำเครื่องหมายในช่องที่ระบุเงื่อนไขที่คุณ/ได้รับการรักษา
/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。

- โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์/Rheumatoid arthritis/関節リウマチ
 โรคกระดูกพรุน/Osteoporosis/骨粗鬆症
 อาการหมอนรองกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท /Disk herniation/椎間板ヘルニア
 โรคกระดูกและกล้ามเนื้ออื่น ๆ/Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

อื่นๆ/Others/その他 :

3. คุณกำลังทานยาหรืออาหารเสริมอยู่หรือไม่?

/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。

ไม่ใช่/No/いいえ

ใช่/Yes/はい

ชื่อยาหรืออาหารเสริม/Name of medication(s) or supplement(s)/薬品名 :

4. คุณเคยมีผื่นหรือหายใจลำบากจากยาหรืออาหารบางประเภทหรือไม่??

/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。

ไม่ใช่/No/いいえ

เคย/Yes/はい

ชื่อยา/Name of medication(s)/薬品名 :

ชื่อผลิตภัณฑ์อาหาร/Name of food(s)/食べもの :

อื่นๆ/Others/その他 :

患者氏名 :
患者ID :

ไทย/ Thai /タイ語

5. คุณดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่?/Do you drink alcohol? /お酒を飲みますか。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

เบียร์/Beer/ビール :

มล. /ต่อวัน/ml/Day/日

สาเกญี่ปุ่น/Japanese sake/日本酒 :

มล. /ต่อวัน/ml/Day/日

วิสกี้/Whisky/ウイスキー :

มล. /ต่อวัน/ml/Day/日

ไวน์/Wine/ワイン :

มล. /ต่อวัน/ml/Day/日

อื่นๆ/Others/その他 :

6. คุณสูบบุหรี่หรือไม่?/Do you smoke?/煙草を吸いますか。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

ตั้งแต่/Since

ปี/years old/歳から

จนถึง/Until

ปี/years old/歳まで

จำนวนบุหรี่/Number of cigarettes/本/ต่อวัน/day/日

7. คุณมีฟันปลอม ฟันปลอม หรือฟันหลวมหรือไม่?

/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。

ไม่มี/No/いいえ

มี/Yes/はい

8. คุณสามารถเดินขึ้นบันไดหนึ่งขั้นได้หรือไม่?

/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。

ไม่ได้/No/いいえ

ได้/Yes/はい

9. คุณเคยมีเลือดออกที่ไม่หยุดหรือมีเลือดออกที่ไหลออกมามากๆหรือไม่?

/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。

ไม่เคย/No/いいえ

เคย/Yes/はい

10. มีใครในครอบครัวของคุณมีปัญหาหลังการผ่าตัดหรือดมยาสลบหรือไม่?

/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。

ไม่มี/No/いいえ

มี/Yes/はい

11. (สำหรับผู้หญิงเท่านั้น) คุณกำลังตั้งครรภ์หรืออาจตั้งครรภ์หรือไม่?

/(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。

ไม่/No/いいえ

เคย/Yes/はい

→ หากเลือก "ใช่" ให้เขียนจำนวนสัปดาห์ที่คุณกำลังตั้งครรภ์

/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

(สัปดาห์ของการตั้งครรภ์/Weeks of pregnancy/週)

ไม่แน่ใจ/Do not know/わからない

โปรดแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของเราทราบหากคุณมีคำถามข้อกังวลหรือคำขอเกี่ยวกับการดมยาสลบ

/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。