แบบสอบถามการดมยาสลบทางการแพทย์**/Medical Questionnaire for Anesthesia/麻酔 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** |  □ชาย/Male/男 | □หญิง/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。

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. คุณกําลังรับการรักษาหรือเคยได้รับการรักษาโรคใดอยู่หรือเปล่า?

# /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/肝硬変

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

□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" สําหรับโรคทางสมองให้ทําเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณเป็น / 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" สําหรับโรคระบบทางเดินอาหารให้ทําเครื่องหมายในช่องที่ระบุโรคที่คุณเป็น / 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 ให้ทําเครื่องหมายในช่องที่ระบุเงื่อนไขที่คุณเป็น/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すか。

□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：

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.** คุณเคยมีเลือดออกที่ไม่หยุดหรือมีเลือดออกที่ไหลออกมาง่าย ๆหรือไม่**?**

**/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。

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.

การแปลภาษาอังกฤษนี้จัดทำขึ้นภายใต้การดูแลของแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย หรือบุคคลอื่น เมื่อการตีความที่แตกต่างกันเกิดขึ้นเนื่องจากความแตกต่างเล็กน้อยในภาษาหรือระบบที่เกี่ยวข้อง ต้นฉบับภาษาญี่ปุ่นจะได้รับความสำคัญก่อน