

患者氏名 :  
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

## استبيان طبي حول التخدير /Medical Questionnaire for Anesthesia/ 麻醉問診票

| اسم المريض /Patient Name /患者氏名 |              |                |                      |              |               |             |
|--------------------------------|--------------|----------------|----------------------|--------------|---------------|-------------|
| أنثى /Female /女                | ذكر /男 /Male | الجنس /Sex /性別 | العمر /Age /年齢       | سنة /Year /年 | شهر /Month /月 | يوم /Day /日 |
|                                |              |                | عامًا / Years old /歳 |              |               |             |
|                                |              |                |                      |              |               |             |

قبل إجراء التخدير، نود تقييم حالتك الصحية. يُرجى الإجابة على الأسئلة التالية حسب علمك.

/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。

يُرجى تحديد جميع ما ينطبق.

/Please check all that apply.

/اذهب إلى المربعات التي تنطبق عليها.

1. هل سبق لك الخضوع للتخدير لإجراء عملية جراحية أو إجراء طبي؟

/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。

لا /No/ いいえ

نعم /Yes/ はい

2. هل تتلقى علاجًا حاليًا أو سبق لك تلقي علاج لأي مرض (أمراض)؟

/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。

لا /No/ いいえ

نعم /Yes/ はい

إذا كانت الإجابة "نعم"، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.

/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。

ارتفاع ضغط الدم /Hypertension/ 高血圧

داء السكري /Diabetes mellitus/ 糖尿病

فرط شحيمات الدم /Hyperlipidemia/ 高脂血症

أمراض القلب /Heart disease/ 心臓の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض القلب، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.

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。

الذبحة الصدرية/احتشاء عضلة القلب /Angina pectoris/Myocardial infarction/ 狭心症・心筋梗塞

أمراض الصمامات /Valve disease/ 心臓弁膜症

قصور القلب /Heart failure/ 心不全

أمراض القلب الأخرى /Other heart diseases/ その他の心臓病 :

أمراض الرئة والجهاز التنفسي /Lung and respiratory disease/ 肺・呼吸器の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" بالنسبة لأمراض الرئة والجهاز التنفسي، فضع علامة في المربع (المربعات) التي تشير إلى الأمراض التي تخضع للعلاج منها أو سبق علاجك منها.

/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。

الربو /Asthma/ 喘息

الرئة انتفاخ /Emphysema/ 肺気腫

أمراض الرئة للجهاز التنفسي والجهاز للبرونش الأخرى /Other lung and respiratory diseases/ その他の肺・呼吸器の病気 :

أمراض الكبد /Liver disease/ 肝臓の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض الكبد، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.

/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。

التهاب الكبد الفيروسي (A・B・C) /Viral hepatitis (A・B・C) / ウイルス性肝炎 (A・B・C)

تليف الكبد /Cirrhosis/ 肝硬変

أمراض الكبد الأخرى /Other liver diseases/ その他の肝臓の病気 :

أمراض الكلى /Kidney disease/ 腎臓の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض الكلى، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.

/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。

اعتلال الكلية السكري /Diabetic nephropathy/ 糖尿病性腎症

متلازمة الكلى /Nephrotic syndrome/ ネフローゼ症候群

التهاب كبيبات الكلى /Glomerulonephritis/ 糸球体腎炎

أمراض الكلى الأخرى /Other kidney diseases/ その他の腎臓の病気 :

患者氏名 :  
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

أمراض الدماغ / Brain disease / 脳の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض الدماغ، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.  
/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。

- نزيف دماغي/احتشاء دماغي/Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction / 脳出血・脳梗塞  
 تشنجات/صرع/Epilepsy / 痙攣・てんかん  
 أمراض دماغية أخرى /Other brain diseases/その他の脳の病気

أمراض الجهاز الهضمي /Gastrointestinal disease/ 胃腸の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض الجهاز الهضمي، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.  
/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。

- التهاب المعدة المزمن/Chronic gastritis/慢性胃炎  
 أمراض الجهاز الهضمي الأخرى /Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

أمراض العيون /Eye disease / 眼の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض العيون، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.  
/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。

- الجلوكوما (اضطراب ضغط العين) /Glaucoma (disorder of intraocular pressure) / 緑内障 (眼圧の異常)  
 إعتام عدسة العين /Cataract / 白内障  
 أمراض العيون الأخرى /Other eye diseases/その他の眼の病気 :

أمراض العظام والعضلات /Bone and muscle disease/ 骨や筋肉の病気

إذا كانت الإجابة "نعم" على أمراض العظام والعضلات، فضع علامة في المربع (المربعات) الذي يشير إلى الأمراض التي تتلقى/تلقيت علاجًا لها.  
/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。

- التهاب المفاصل الروماتويدي /Rheumatoid arthritis/ 関節リウマチ  
 هشاشة العظام /Osteoporosis/ 骨粗鬆症  
 انفتاق القرص /Disk herniation/ 椎間板ヘルニア  
 أمراض العظام والعضلات الأخرى /Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

أخرى /Others/その他:

3. هل تتناول حاليًا أي أدوية أو مكملات غذائية؟

/ 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。

لا/No/いいえ

نعم/Yes/はい

Name of medication(s) or supplement(s) / 薬品名 :  
المكمل الغذائي (المكملات الغذائية)

4. هل سبق لك أن أصبت بطفح جلدي أو واجهت صعوبة في التنفس بسبب أنواع معينة من الأدوية أو الأطعمة؟

/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。

لا/No/いいえ

نعم/Yes/はい

Name of medication(s) / 薬品名 :  
اسم الدواء (الأدوية)

Name of food(s) / 食べもの :  
اسم الطعام (الأطعمة)

أخرى /Others/その他 :

5. Do you drink alcohol? / お酒を飲みますか。

لا/No/いいえ

نعم/Yes/はい

Japanese sake/ 日本酒 :  
الساكي الياباني / 日本酒 :  
ml / يوم / day/ 日

Wine/ ワイン :  
النبذ / 葡萄酒 :  
ml / يوم / day/ 日

Beer/ ビール :  
البيرة / 啤酒 :  
ml / يوم / day/ 日

Whisky/ ウイスキー :  
الويسكي / 威士忌 :  
ml / يوم / day/ 日

Beer/ 啤酒 :  
البيرة / 啤酒 :  
ml / يوم / day/ 日

Whisky/ 威士忌 :  
الويسكي / 威士忌 :  
ml / يوم / day/ 日

أخرى /Others/その他 :

6. Do you smoke? / 煙草を吸いますか。

لا/No/いいえ

نعم/Yes/はい

Until / 歳まで  
عدد سنة / 歳まで  
حتى

Since / 歳から  
سنوات / 歳から  
منذ

Number of cigarettes / 本 / 日  
السجائر / 日

患者氏名 :  
患者ID :

العربية /Arabic/アラビア語

7. هل لديك طقم أسنان اصطناعي أو أسنان صناعية أو أسنان متخلخلة؟  
/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。  
 لا/No/いいえ  
 نعم/Yes/はい

8. هل تستطيع صعود طابق واحد من الدرج؟  
/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。  
 لا/No/いいえ  
 نعم/Yes/はい

9. هل سبق لك أن عانيت من نزيف مستمر أو نزيف يحدث بسهولة؟  
/ 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。  
 لا/No/いいえ  
 نعم/Yes/はい

10. هل واجه أي فرد من عائلتك أي مشاكل أثناء خضوعه لعملية جراحية أو تخدير؟  
/ 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。  
 لا/No/いいえ  
 نعم/Yes/はい

11. (للإناث فقط:) هل أنت حامل أو من المحتمل أن تكوني حاملاً؟  
/ (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。  
 لا/No/いいえ  
 نعم/Yes/はい

→ إذا كانت الإجابة "نعم"، فاكتبي عدد أسابيع حملك الآن.  
→ 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  
(  لا أعرف / Do not know/ わからない

يرجى إبلاغ فريقنا إذا كانت لديك أي أسئلة أو استفسارات أو طلبات بخصوص التخدير.  
/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。