

患者氏名：

患者 ID：

**Medical Questionnaire for Anesthesia/ 麻酔 問診票**

<b>Patient name/ 患者氏名</b>		<b>Date/ 日付</b>	year	month	day
			/ 年	/ 月	/ 日
<b>Date of birth/ 生年月日</b>	year/ 年	month/ 月	day/ 日	<b>Sex/ 性別</b>	<input type="checkbox"/> Male/ 男 <input type="checkbox"/> Female/ 女
<b>Hospital ID No./ 患者 ID</b>		<b>Age/ 年齢</b>			years old/ 歳

Before giving you anesthetics, we would like to confirm your physical condition. Please answer the questions below 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。

Please check the appropriate boxes./ あてはまるものにチェックしてください。

**1. Have you ever had surgery and/or anesthesia?/ 今までに手術・麻酔を受けたことがありますか？**

- Yes/ はい→ Type of surgery/ 手術名: \_\_\_\_\_
- No/ いいえ

**2. Are you currently being treated 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？

If your answer is "Yes", please select the disease from the following list.

/ 「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。

- Hypertension/ 高血圧  Heart valve disease/ 心臓弁膜症
- Angina pectoris and/or cardiac infarction/ 狭心症・心筋梗塞
- Other cardiac diseases/ その他の心臓病
- Pulmonary emphysema/ 肺気腫  Asthma/ 喘息
- Yes/ はい→  Other pulmonary or respiratory diseases/ その他の肺・呼吸器病
- Diabetes mellitus/ 糖尿病  Liver disease/ 肝臓病  Kidney disease/ 腎臓病
- Convulsion or epilepsy/ 痙攣・てんかん
- Glaucoma (high intraocular pressure)/ 緑内障 (眼圧の異常)
- Stroke or brain infarction/ 脳卒中・脳梗塞
- Disease of bones and muscles/ 骨や筋肉の病気
- Other/ その他 ( )
- No/ いいえ

**3. Are you currently taking any drugs or supplements?/ 薬やサプリメントを飲んでますか？**

- Yes/ はい→ Please provide the name(s) of the drug if you know it./ 薬の名前がわかればお書きください。
- No/ いいえ

**4. Have you ever had hives or difficulty breathing after taking drugs 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？

- Yes/ はい→  No/ いいえ

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

- Yes/ はい  No/ いいえ

**6. Do you smoke?/ 煙草を吸いますか？**

- Yes/ はい  No/ いいえ

\*Please fill in the reverse side of the all pages as well, where necessary./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

**7. Do you have false teeth, post crowns, or loose teeth?/ 入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか？** Yes/ はい No/ いいえ**8. Can you climb up one flight of stairs?/ 1 階分の階段を歩いてのぼれますか？** Yes/ はい No/ いいえ**9. Does it take a long time for bleeding to stop or do you bleed easily?/ 血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか？** Yes/ はい No/ いいえ**10. Have any of your family members (blood relatives) had problems with surgery or anesthesia?**

/ ご家族（血縁）の中で、手術・麻酔を受けた際に問題があった方はいますか？

 Yes/ はい No/ いいえ**11. (For women only) Is there a possibility that you are pregnant?/ (女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか？** Yes/ はい No/ いいえ

If you have any questions, concerns, or requests regarding anesthesia, please list them below.

/ 麻酔に関して、お聞きになりたいこと、心配なこと、希望されることがあれば、お書きください。