

患者氏名：

患者 ID：

## 麻醉问诊表/麻醉 問診票

患者姓名/ 患者氏名	日期/ 日付	年 月 日 / 年 / 月 / 日
出生日期/ 生年月日	年/年 月/月 日/日	性别/ 性別 <input type="checkbox"/> 男/ 男 <input type="checkbox"/> 女/ 女
患者 ID/ 患者 ID	年龄/ 年齢	周岁/ 歳

麻醉前需确认您的身体状况。请在知道的范围内回答下列提问。

/ 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。

请在符合的项目上打勾。/ あてはまるものにチェックしてください。

### 1. 以前有没有动过手术或打过麻醉？ / 今までに手術・麻酔を受けたことがありますか？

有/ はい→ 手术名称/ 手術名: \_\_\_\_\_

无/ いいえ

### 2. 有没有现在正在治疗或以前接受过治疗的疾病？

/ 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？

回答“有”的患者请从下列选项中选择相应的病名。

/ 「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。

高血压/ 高血圧 心瓣膜病/ 心臓弁膜症

心绞痛・心肌梗死/ 狭心症・心筋梗塞

其他心脏病/ その他の心臓病

肺气肿/ 肺気腫

哮喘/ 喘息

有/ はい→

其他的呼吸系统疾病/ その他の肺・呼吸器病

糖尿病/ 糖尿病

肝脏疾病/ 肝臓病

肾脏疾病/ 腎臓病

痉挛（抽搐）・癫痫/ 痙攣・てんかん

青光眼（眼压异常）/ 緑内障（眼圧の異常）

中风・脑梗塞/ 脳卒中・脳梗塞

骨或肌肉的疾病/ 骨や筋肉の病気

其他/ その他（ \_\_\_\_\_ ）

无/ いいえ

### 3. 您现在有没有服用药物或营养剂？ / 薬やサプリメントを飲んでいますか？

有/ はい→ 如果知道药名请写出/ 薬の名前がわかればお書きください。

无/ いいえ

### 4. 您是否有过因药物、食物而出现荨麻疹或呼吸困难的情况？

/ 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？

有/ はい

无/ いいえ

### 5. 您喝酒吗？ / お酒を飲みますか？

喝/ はい

不喝/ いいえ

### 6. 您吸烟吗？ / 煙草を吸いますか？

吸/ はい

不吸/ いいえ

\*也请填写背面/ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

7. 您有没有固定假牙、可摘假牙，或者松动的牙齿？ / 入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか？

 有/ はい 无/ いいえ

8. 您能不能走上一层楼的楼梯？ / 1階分の階段を歩いてのぼれますか？

 能/ はい 不能/ いいえ

9. 您有没有过出血不止或容易出血的情况？ / 血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか？

 有/ はい 无/ いいえ

10. 您的血缘亲属中有因手术或麻醉而出现问题的吗？

/ 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？

 有/ はい 无/ いいえ

11. (仅限女性患者)您现在有可能在妊娠中？ / (女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか？

 是/ はい 否/ いいえ

如果您对麻醉有什么问题、担心，或要求，请写下来。

/ 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。