

患者氏名 :

患者 ID :

Cuestionario médico para la anestesia/ 麻酔 問診票

Nombre y apellido del paciente/ 患者氏名		Fecha/ 日付	año/ 年	mes/ 月	día/ 日
Fecha de nacimiento/ 生年月日	año/ 年	mes/ 月	día/ 日	Sexo/ 性別	<input type="checkbox"/> Masculino/ 男 <input type="checkbox"/> Femenino/ 女
Nº ID del hospital del paciente/ 患者 ID		Edad/ 年齢	años/ 歳		

Antes de administrarle anestésicos, nos gustaría saber acerca de su estado físico. Por favor conteste a las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

/ 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。

Marque las casillas apropiadas./ あてはまるものにチェックしてください。

1. ¿Le han operado y/o anestesiado alguna vez?/ 今までに手術・麻酔を受けたことがありますか？

Sí/ はい (Tipo de cirugía/ 手術名): _____

No/ いいえ

2. ¿Está recibiendo o ha recibido tratamiento para alguna enfermedad?/ 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？

/ 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？

Si su respuesta es “Sí”, seleccione el nombre de las enfermedades de entre la siguiente lista.

/ 「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。

Hipertensión arterial/ 高血圧 Valvulopatía/ 心臓弁膜症

Angina de pecho y/o infarto de miocardio/ 狭心症・心筋梗塞

Otras enfermedades cardíacas/ その他の心臓病

Enfisema pulmonar/ 肺気腫

Asma/ 喘息

Sí/ はい→

Otras enfermedades pulmonares o respiratorias/ その他の肺・呼吸器病

Diabetes mellitus/ 糖尿病

Enfermedad hepática/ 肝臓病

Nefropatía/ 腎臓病

Convulsión y/o epilepsia/ 痙攣・てんかん

Glaucoma (presión intraocular elevada)/ 緑内障 (眼圧の異常)

Ictus o infarto cerebral/ 脳卒中・脳梗塞

Enfermedad de los huesos y los músculos/ 骨や筋肉の病気

Otras/ その他 ()

No/ いいえ

3. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o suplemento?/ 薬やサプリメントを飲んでいますか？

Sí/ はい→

Por favor, indique los nombres de los medicamentos o suplementos si los conoce./ 薬の名前がわかればお書きください。

No/ いいえ

4. ¿Ha tenido alguna vez urticaria o dificultades para respirar después de tomar algún medicamento o alimento?/ 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？

/ 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？

Sí/ はい

No/ いいえ

5. ¿Bebe bebidas alcohólicas?/ お酒を飲みますか？

Sí/ はい

No/ いいえ

6. ¿Fuma?/ 煙草を吸いますか？

Sí/ はい

No/ いいえ

*Continúa en la página siguiente./ ※裏面もご記入ください。

患者氏名：

患者 ID：

7. ¿Tiene dentadura postiza, coronas o dientes flojos?/ 入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか？

 Sí/ はい No/ いいえ

8. ¿Puede subir un tramo de escaleras?/ 1 階分の階段を歩いてのぼれますか？

 Sí/ はい No/ いいえ

9. ¿Tarda mucho en dejar de sangrar o sangra fácilmente?/ 血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか？

 Sí/ はい No/ いいえ

10. ¿Algún familiar (consanguíneo) ha tenido problemas con la cirugía y/o la anestesia?

/ 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？

 Sí/ はい No/ いいえ

11. (Para mujeres solamente) ¿Cabe la posibilidad de que esté embarazada?/ (女性の方のみ) 妊娠している可能性はありますか？

 Sí/ はい No/ いいえ

Si tiene alguna pregunta, preocupación o petición que hacer en relación con la anestesia, por favor indíquela a continuación.

/ 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。