

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

## Medical Questionnaire for Anesthesia/麻酔問診票

<b>Patient Name</b> /患者氏名						
<b>Date of Birth</b> /生年月日	Year/年	Month/月	Day/日	<b>Age/年齢</b>	Years old/歳	<b>Sex/性別</b> <input type="checkbox"/> Male/男 <input type="checkbox"/> Female/女

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。

Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

### 1. 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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

Type of surgery/procedure/手術・処置名: \_\_\_\_\_

### 2. 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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

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。

- Hypertension/高血圧  
 Diabetes mellitus/糖尿病  
 Hyperlipidemia/高脂血症

#### Heart disease/心臓の病気

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。

- Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞  
 Valve disease/心臓弁膜症  
 Heart failure/心不全  
 Other heart diseases/その他の心臓病 :

#### Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

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。

- Asthma/喘息  Emphysema/肺気腫  
 Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気 :

#### Liver disease/肝臓の病気

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。

- Viral hepatitis (A・B・C) /ウイルス性肝炎 (A・B・C)  
 Cirrhosis/肝硬変  
 Other liver diseases/その他の肝臓の病気 :

#### Kidney disease/腎臓の病気

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。

- Diabetic nephropathy/糖尿病性腎症  
 Nephrotic syndrome/ネフローゼ症候群  
 Glomerulonephritis/糸球体腎炎  
 Other kidney diseases/その他の腎臓の病気 :

患者氏名 :  
患者ID :

English/英語

**Brain disease / 脳の病気**

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。

- Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/脳出血・脳梗塞
- Convulsions/Epilepsy/痙攣・てんかん
- Other brain diseases/その他の脳の病気

**Gastrointestinal disease/胃腸の病気**

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。

- Chronic gastritis/慢性胃炎
- Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

**Eye disease/眼の病気**

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。

- Glaucoma (disorder of intraocular pressure) /緑内障 (眼圧の異常)
- Cataract/白内障
- Other eye diseases/その他の眼の病気 :

**Bone and muscle disease/骨や筋肉の病気**

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。

- Rheumatoid arthritis/関節リウマチ
- Osteoporosis/骨粗鬆症
- Disk herniation/椎間板ヘルニア
- Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

**Others/その他:**

**3. 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。

- No/いいえ
- Yes/はい

Name of medication(s) or supplement(s)/薬品名 :

**4. 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。

- No/いいえ
- Yes/はい

- Name of medication(s)/薬品名 :
- Name of food(s)/食べもの :
- Others/その他 :

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

- No/いいえ
- Yes/はい

- |   |            |  |           |
|---|------------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Beer/ビール :     | ml / day/日 | <input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 : | ml /day/日 |
| <input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー : | ml / day/日 | <input type="checkbox"/> Wine/ワイン :          | ml /day/日 |
| <input type="checkbox"/> Others/その他 :   |            |  |           |

**6. Do you smoke?/煙草を吸いますか。**

- No/いいえ
- Yes/はい

Since      years old/歳から                      Until      years old/歳まで                      Number of cigarettes/本/day/日

患者氏名 :  
患者ID :

**7. 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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

**8. 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。**

- No/いいえ  
 Yes/はい

**9. 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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

**10. 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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

**11. (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。

- No/いいえ  
 Yes/はい

→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

(        Weeks of pregnancy/週)

- Do not know/わからない

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。