

手術・処置 問診票

ID

氏名

記入日:西暦

年

月

日

手術や処置を安全に行うための問診票ですので、以下の質問《全てに》お答えください

1	注射・薬・食べ物などで気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか？ ※ありの場合は以下に詳細を記入してください 何で:() 症状:()	あり	なし
2	局麻(歯科治療の麻酔など)を受けたことがありますか？ 副作用はありましたか？ *ある場合は下記に症状の記載もお願いします 症状()	あり	なし
3	今までにかかった病気に必ず○をつけて下さい 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 心臓疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 甲状腺機能亢進症 ・ 肝炎 その他() 手術 ()歳の時()の手術 その時の麻酔 : 局所 ・ 腰椎 ・ 全身		
4	家族で病気になった方はいますか？ ※ありの場合は以下に○をつけて下さい 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 癌 ・ アレルギー ・ 神経と筋肉の病気 その他()	あり	なし
5	今、当院以外で処方され飲んでる薬はありますか？ ※ありの場合は以下に薬剤を記入してください 薬剤名 ()	あり	なし
6	血が止まりにくいと言われたことはありますか？ ※服用している薬剤がある場合は○をつけて下さい ワーファリン ・ バファリン ・ パナルジン ・ プラビックス ・ バイアスピリン ・ オパールモン その他()	あり	なし
7	輸血が必要になったことがありますか？ *術中に輸血が必要になった場合、輸血を受けますか？	あり いいえ	なし はい
8	階段を1階分上がると動悸・息切れを感じますか？	はい	いいえ
9	入れ歯や、ぐらぐらした歯がありますか？	あり	なし
10	首を後ろに反らす事はできますか？	できない	できる
11	口を開けて縦に指が3本程度入れることができますか？	できない	できる
12	タバコやアルコールの摂取量を教えてください タバコ()本/日 ビール()本/日 酒・焼酎()ml/日		
13	身長と体重を教えてください(適正な麻酔薬の量を決める際に必要になります) 身長()cm 体重()kg		