

# 手術・処置 問診票

ID

氏名

記入日:西暦

年

月

日

灰色の部分が記入していただく欄です

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	なし
	※ありの場合は以下に詳細を記入してください 何で:( ) 症状:( )		
2	食べ物(卵・大豆等)等で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか？(卵と大豆があれば、マル)	あり	なし
	ありの場合(卵・大豆・その他[ ])		
3	ラテックスのアレルギーはありますか？	あり	なし
4	アルコール消毒綿で発赤やアレルギーなどはありますか？	あり	なし
5	局麻(歯科治療の麻酔など)を受けたことがありますか？	あり	なし
	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
6	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		
	家族で病気になった方はいますか？		
	※ありの場合のみ以下に○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( )		
	今、当院以外で処方され飲んでいる薬はありますか？		
8	※ありの場合のみ以下に薬剤を記入してください 薬剤名 ( )		
	血が止まりにくいと言われたことはありますか？		
9	※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( )		
	10 万一輸血が必要になった場合、何か問題はありますか？		
11	階段を1階分上がると動悸・息切れを感ずますか？	はい	いいえ
12	入れ歯や、ぐらぐらした歯がありますか？	あり	なし
13	首を後ろに反らす事はできますか？	できない	できる
14	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
15	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( ml/日) ..... 酒・焼酎( ml/日)		
	16 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)		

※必ず同意書とセットで提出してください