

麻酔科周術期外来問診票

記載日： 年 月 日
 記入者： _____ 関係： _____

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に初期研修医や学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

同意します 同意しません

ID： _____

氏名： _____ 年齢： _____

身長： _____ cm 体重： _____ Kg

安全に麻酔を行うために、必要なことを確認させていただきますので、当てはまるものに☑をつけてください。

1. 今までに麻酔や手術を受けたことはありますか？

なし / ある ⇒ いつ頃 _____ どのような手術 _____
 いつ頃 _____ どのような手術 _____

2. 今までに下記の病気の診断を受けたことがありますか？

なし / あり ⇒ 高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 腎臓病 緑内障
前立腺 肺炎
 アレルギー、精神疾患（うつなど）、その他(_____)

3. 現在も治療中ですか？

していない/している⇒ 高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 腎臓病 緑内障
前立腺 肺炎
 アレルギー、精神疾患（うつなど）、その他(_____)

4. 現在、内服されている薬はありますか？ なし / あり

血液サラサラの薬 ピル 降圧薬 糖尿病薬 鎮痛薬 睡眠薬 泌尿器科の薬

↳ 中止の指示 主治医からの説明 なし / あり(薬剤名 _____ ・ 月 日)
 主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください (_____ ☎ _____)

5. 今までに食物や薬などで発疹やかゆみなどのアレルギー症状がでたことはありますか？

なし / あり ⇒ 種類 _____ どのような症状 _____
 種類 _____ どのような症状 _____

6. タバコは なし / あり (1日 本、年間) _____ 年前まで吸っていた

7. 入れ歯 差し歯 揺れる歯 なし / あり (部位 _____)

8. 血縁関係の方で、麻酔中に問題があった方はいますか？

なし / あり (_____)

9. 麻酔剤に関して、心配なことがあればご記入ください。

上記、麻酔科周術期問診票の内容に相違ないことを確認しました。

年 月 日 本人または家族の署名 _____

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。