

# 麻酔前問診票

氏名 \_\_\_\_\_

記入日.H 年 月 日

1. 今日はどなたと一緒にいらっしゃいましたか？

本人のみ・父・母・夫・妻・兄弟姉妹・息子・娘・孫・その他（本人との関係： \_\_\_\_\_ ）

2. 今まで、または現在かかっている病気がある場合は☑をつけて記入してください（今回の手術の病気は除く）

- 高血圧 高脂血症 糖尿病 脳血管障害（脳梗塞・脳出血） 心疾患（ \_\_\_\_\_ ）  
不整脈（ \_\_\_\_\_ ） ペースメーカー 先天性疾患（ \_\_\_\_\_ ）  
喘息（最近の発作 \_\_\_\_\_ ） アトピー性皮膚炎 人工透析  
動かすことができない手足がある（部位 \_\_\_\_\_ ） その他の病気（ \_\_\_\_\_ ）  
今まで病気なし

3. 今までに受けた手術の年齢・病名・手術名・麻酔（全身麻酔・下半身麻酔・局所麻酔）を教えてください。

例：40歳 胆石 腹腔鏡胆のう摘出 全身麻酔

手術を受けたことはない

4. 今までに麻酔や手術で問題がありましたか？（ご家族や親せき関係を含めて）（なし・あり・不明）

ある場合は、☑をつけてください

- 吐き気 嘔吐 寒気 高熱（手術中・手術後） 呼吸困難 麻酔からの覚めが悪かった  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

5. 現在使用している薬を教えてください（お薬手帳がある場合はコピーを取りますので、書かなくて良いです）

現在、薬は使用していない

6. 以下の薬を使用していますか？（これらの薬は手術前に中止する必要があります。必ずお知らせ下さい）

<血をサラサラにする薬・血流を良くする薬>

- アンブラーグ イグザレルト エパデール エフィエント エリキュース オパルモン  
コメリアン コンプラビン配合錠 タケルダ ドルナー バイアスピリン パナルジン  
バファリン81 プラザキサ プラビックス プレタール ペルサンチン リクシアナ  
リマルモン ロコルナール ロトリガ ワーファリン その他（ \_\_\_\_\_ ）  
アリクストラ皮下注 ヘパリンカルシウム皮下注 クレキササン皮下注 フラグミン注  
スロンノンHI

<女性ホルモン剤>

- 経口避妊薬（トリキュラーなど） エストラーナ エストラサイト エストリール  
エビスタ ジュリナ ソフィア タスオミン ノルバテックス ヒスロンH  
ビビアント フェアストン プラノバル プレマリン プロセキソール ホーリンV  
メノエイド ヤーズ ルテオジン ルナベル

<精神科の薬>

- エフピー セレギリン

これらの薬は飲んでいない

7. 以下の項目にアレルギーがありますか？（なし・あり・不明） あるいは、をつけてください

<input type="checkbox"/> イソジン（症状 _____）	<input type="checkbox"/> 消毒用アルコール（症状 _____）
<input type="checkbox"/> 造影剤（薬剤名 _____ 症状 _____）	<input type="checkbox"/> テープ・絆創膏（かゆみ・赤み・その他 _____）
<input type="checkbox"/> 飲み薬（薬剤名 _____ 症状 _____）	
<input type="checkbox"/> 抗生剤（薬剤名 _____ 症状 _____）	
<input type="checkbox"/> 貼り薬・目薬・点滴（薬剤名 _____ 症状 _____）	
<input type="checkbox"/> 食べ物・飲み物（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 卵・大豆（症状 _____）	
<input type="checkbox"/> アボカド・キウイフルーツ・バナナ・栗（症状 _____）	
<input type="checkbox"/> 天然ゴム（症状 _____）	
<input type="checkbox"/> 花粉・その他（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> 医療従事者である(職種 _____) ←ラテックス(ゴム製品)に触れている可能性の確認です。	

8. 現在の様子を教えてください。該当するものにをつけてください

<input type="checkbox"/> 手足にしびれがある（みぎ腕・ひだり腕・みぎ足・ひだり足）→しびれの原因 _____
<input type="checkbox"/> 首を後ろに傾けると手足にしびれが出る
<input type="checkbox"/> 首を動かすことが出来ない
<input type="checkbox"/> くちを大きく開けることが出来ない
<input type="checkbox"/> 寝ているときに呼吸が止まっていると言われたことがある
<input type="checkbox"/> 入れ墨・タトゥー・アートメイク（アイライン・眉・その他）をしている。 している場合、部位を教えてください→（ _____ ）
<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内に予防接種を受けた（日付 _____ 種類 _____）
<input type="checkbox"/> 歯についてあてはまるものを丸で囲んでください （総入れ歯・部分入れ歯・差し歯・ブリッジ・矯正中・グラグラした歯・欠けた歯・抜けた歯）がある
<input type="checkbox"/> あてはまるものはない

9. 手術室までつけておきたいものはありますか？該当するものにをつけてください

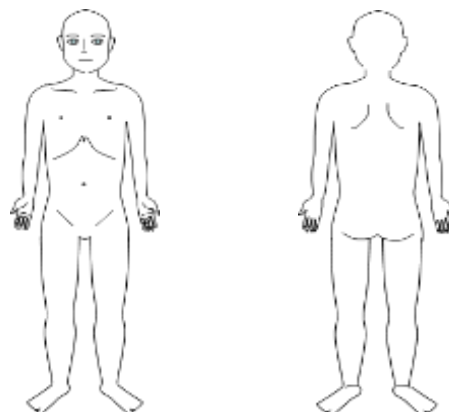
<input type="checkbox"/> めがね	<input type="checkbox"/> 入れ歯（総入れ歯のみ可）	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 帽子
------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	-----------------------------

10. 麻酔に関して気になることはありますか？

\* 記入した人（ 本人 ・ 本人以外） 本人との関係（ \_\_\_\_\_ ）

以下は、医師・看護師が記入します。

- マンマ手術歴：（みぎ・ひだり）
- シャント部位：
- 難聴（聴こえやすい方の耳）：（みぎ・ひだり）
- 補聴器使用：（みぎ・ひだり）
- 視力障害：（全盲・その他 \_\_\_\_\_）
- 麻痺の部位：
- ベット移動介助必要：（全介助・部分介助）
- 特記事項：



パンフレット渡し（ 済 ・ 未 ）	掲示板特記事項（ なし ・ あり ）	看護師名 _____
-------------------	--------------------	------------