

麻酔前問診票(小児用)



お手数ですが、以下の質問についてご記入ください。 麻酔科学教室

氏名 _____ 愛称 _____

1. お子さんが生まれたときの週数、体重と分娩方法を教えてください。
在胎 () 週、体重 () g、分娩方法 ()
2. 最近の身長と体重を教えてください。 身長 () cm, 体重 () kg
3. 今までの病気について教えてください。「あり」の場合はできるだけ詳しく記入してください。
*先天性疾患：なし・あり (症状など詳細に)
(かかりつけ医)
*喘息：なし・あり (最近の発作の時期、症状)
(使っている薬)
(かかりつけ医)
*アトピー性皮膚炎：なし・あり (最近の症状)
*その他の病気：なし・あり ()
*救急外来受診歴：なし・あり ()
*手術：なし・あり (時期と部位)

1. 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) ○をつけてください。
なし・あり：悪心・嘔吐, 悪性高熱 (熱が高くなった), 呼吸困難, 麻酔からの覚めが悪かった
2. アレルギーについて教えてください。
なし・あり (品名、症状など)
3. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ (いいえ ・ はい)
*予防接種を受けた後2-4週間免疫機能が低下しますので、手術前1ヶ月は予防接種を控えてください。
6. 最近1か月の様子を教えてください
機嫌 (よい・わるい) かぜ症状 (なし・あり) 風邪をひきやすい (なし・あり)
食事 (母乳・ミルク・離乳食・普通食)
7. 口を大きく開けることはできますか？ (いいえ ・ はい)
寝ているとき、いびきをかきますか？ (いいえ ・ はい)
歯に問題がありますか？ (矯正中, ぐらぐらした歯がある, 欠けた歯や抜けた歯がある)
8. 麻酔に関して気になることはありますか？
()