

患者氏名：  
患者ID：

中文/中国語

## 麻醉 问诊表/麻醉 問診票

患者姓名 /患者氏名								
出生年月日 /生年月日	年/年	月/月	日/日	年齢/年齢	岁/歳	性別/性別	<input type="checkbox"/> 男/男	<input type="checkbox"/> 女/女

在进行麻醉前，需要确认您的身体情况。请在知道的范围内回答下列问题。

/麻醉を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

请在符合的项目上划勾。/あてはまるものにチェックしてください。

### 1. 以前您是否在手术或治疗时等接受过麻醉？

/今までに手術・処置などで麻酔を受けたことがありますか。

否/いいえ

是/はい

手术、治疗名称/手術・処置名：\_\_\_\_\_

### 2. 是否有在接受治疗、或者以前接受过治疗的疾病？

/現在治療を受けている、あるいは過去に治療を受けた病気がありますか。

否/いいえ

是/はい

回答“是”的患者请从下列项目中选择符合的病名。

/「はい」と答えた方は該当の病名を下記から選んでください。

高血压/高血圧

糖尿病/糖尿病

高脂血症/高脂血症

心脏的疾病/心臓の病気

划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

心绞痛、心肌梗塞/狭心症・心筋梗塞

心脏瓣膜病/心臓弁膜症

心力衰竭/心不全

其他的心脏病/その他の心臓病：

肺、呼吸道的疾病/肺・呼吸器の病気

划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

哮喘/喘息

肺气肿/肺気腫

其他的肺、呼吸道疾病/その他の肺・呼吸器の病気：

肝脏的疾病/肝臓の病気

划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

病毒性肝炎（甲、乙、丙）/ウイルス性肝炎（A・B・C）

肝硬化/肝硬変

其他的肝脏疾病/その他の肝臓の病気：

肾脏的疾病/腎臓の病気

患者氏名：  
患者ID：

划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。  
/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。  
 糖尿病性肾病/糖尿病性腎症  
 肾病综合症/ネフローゼ症候群  
 肾小球肾炎/糸球体腎炎  
 其他的肾脏疾病/その他の腎臓の病気：

脑的疾病/脳の病気  
划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。  
/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。  
 脑出血、脑梗塞/脳出血・脑梗塞  
 痉挛、癫痫/痙攣・てんかん  
 其他脑的疾病/その他の脳の病気

肠胃的疾病/胃腸の病気  
划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。  
/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。  
 慢性胃炎/慢性胃炎  
 其他的肠胃疾病/その他の胃腸の病気：

眼睛的疾病/眼の病気  
划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。  
/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。  
 青光眼（眼压的异常）/緑内障（眼压の異常）  
 白内障/白内障  
 其他的眼睛疾病/その他の眼の病気：

骨头及肌肉的疾病/骨や筋肉の病気  
划勾的患者，请在下列项目中选择符合的病名。  
/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。  
 风湿性关节炎、类风湿性关节炎/関節リウマチ  
 骨质疏松症/骨粗鬆症  
 椎间盘突出/椎間板ヘルニア  
 其他的骨头及肌肉疾病/その他の骨や筋肉の病気：

其他/その他：

### 3. 是否在服用药物或健康辅助食品/薬やサプリメントを飲んでいますか。

否/いいえ  
 是/はい  
药名/薬品名：

### 4. 是否有过因药物及食物引起荨麻疹、或呼吸困难的情况？ /薬や食物でじんましんが出たことや、息が苦しくなったことはありますか。

否/いいえ  
 是/はい  
 药名/薬品名：  
 食物/食べもの：  
 其他/その他：

### 5. 您饮酒吗？/お酒を飲みますか。

否/いいえ

患者氏名：  
患者ID：

- 是/はい
- 啤酒/ビール： /天/日
- 日本酒/日本酒： /天/日
- 威士忌/ウイスキー： /天/日
- 葡萄酒/ワイン： /天/日
- 其他/その他：

6. 您吸烟吗？/煙草を吸いますか。

- 否/いいえ
- 是/はい
- 从 岁开始/歳から 岁为止/歳まで 支/天/本/日

7. 是否有活动的假牙、固定的假牙、松动的牙齿？  
/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。

- 否/いいえ
- 是/はい

8. 是否能走到上面1个层楼？/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。

- 否/いいえ
- 是/はい

9. 是否有过不容易止血、或容易出血的情况？/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

- 否/いいえ
- 是/はい

10. 在您的家属（血缘）里，是否有人在接受手术、麻醉时发生过问题？  
/ご家族(血縁)の中で、手術・麻酔を受けた時に問題があった方はいますか。

- 否/いいえ
- 是/はい

11. (只限于女性) 现在是否有妊娠的可能？  
/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか。

- 否/いいえ
- 是/はい
- 在“是”上划勾的患者，请在下面填写妊娠的周数。  
/「はい」☑をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

( 周/週)

有关麻醉方面，如有想要咨询或担心的事，或者有什么要求时，请告诉医务人员。  
/麻酔に関して、ご質問、心配なこと、希望がありましたら、スタッフまでお伝えください。