

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

Medical Questionnaire for Anesthesia/麻酔問診票

Patient Name /患者氏名								
Date of Birth /生年月日	Year/年	Month/月	Day/日	Age/年齢	Years old/歳	Sex/性別	<input type="checkbox"/> Male/男	<input type="checkbox"/> Female/女

Prior to performing anesthesia, we would like to evaluate your physical condition. Please answer the following questions to the best of your knowledge.

/麻酔を行うにあたり、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。

Please check all that apply. /あてはまるものにチェックしてください。

1. Have you ever had anesthesia for surgery and/or procedure?

/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。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

Type of surgery/procedure/手術・処置名: _____

2. Are you currently being treated for or have you ever been treated for any disease(s)?

/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。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

If yes, check the box(es) indicating the diseases you are/were treated for.

/「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。

☐ Hypertension/高血圧

☐ Diabetes mellitus/糖尿病

☐ Hyperlipidemia/高脂血症

☐ Heart disease/心臓の病気

If yes for heart disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐ Angina pectoris/Myocardial infarction/狭心症・心筋梗塞

☐ Valve disease/心臓弁膜症

☐ Heart failure/心不全

☐ Other heart diseases/その他の心臓病:

☐ Lung and respiratory disease/肺・呼吸器の病気

If yes for lung and respiratory disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐ Asthma/喘息

☐ Emphysema/肺気腫

☐ Other lung and respiratory diseases/その他の肺・呼吸器の病気:

☐ Liver disease/肝臓の病気

If yes for liver disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐ Viral hepatitis (A・B・C) /ウイルス性肝炎 (A・B・C)

☐ Cirrhosis/肝硬変

☐ Other liver diseases/その他の肝臓の病気:

☐ Kidney disease/腎臓の病気

If yes for kidney disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐ Diabetic nephropathy/糖尿病性腎症

☐ Nephrotic syndrome/ネフローゼ症候群

☐ Glomerulonephritis/糸球体腎炎

☐ Other kidney diseases/その他の腎臓の病気:

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

☐ **Brain disease / 脳の病気**

If yes for brain disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- ☐ Cerebral hemorrhage/Cerebral infarction/脳出血・脳梗塞
☐ Convulsions/Epilepsy/痙攣・てんかん
☐ Other brain diseases/その他の脳の病気

☐ **Gastrointestinal disease/胃腸の病気**

If yes for gastrointestinal disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- ☐ Chronic gastritis/慢性胃炎
☐ Other gastrointestinal diseases/その他の胃腸の病気 :

☐ **Eye disease/眼の病気**

If yes for eye disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- ☐ Glaucoma (disorder of intraocular pressure) /緑内障 (眼圧の異常)
☐ Cataract/白内障
☐ Other eye diseases/その他の眼の病気 :

☐ **Bone and muscle disease/骨や筋肉の病気**

If yes for bone and muscle disease, check the box(es) indicating the diseases you are/were being treated for.

/「はい」に☑した方は該当の病名を下記から選んでください。

- ☐ Rheumatoid arthritis/関節リウマチ
☐ Osteoporosis/骨粗鬆症
☐ Disk herniation/椎間板ヘルニア
☐ Other bone and muscle diseases/その他の骨や筋肉の病気 :

☐ **Others/その他:**

3. Are you currently taking any medications or supplements?

/薬やサプリメントを飲んでいますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

Name of medication(s) or supplement(s)/薬品名 :

4. Have you ever developed a rash or experienced difficulty breathing from certain types of medication or foods?

/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。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

- ☐ Name of medication(s)/薬品名 :
☐ Name of food(s)/食べもの :
☐ Others/その他 :

5. Do you drink alcohol? /お酒を飲みますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

- | | | | |
|---|--------|--|--------|
| <input type="checkbox"/> Beer/ビール : | /day/日 | <input type="checkbox"/> Japanese sake/日本酒 : | /day/日 |
| <input type="checkbox"/> Whisky/ウイスキー : | /day/日 | <input type="checkbox"/> Wine/ワイン : | /day/日 |
| <input type="checkbox"/> Others/その他 : | | | |

6. Do you smoke?/煙草を吸いますか。

- ☐ No/いいえ
☐ Yes/はい

Since years old/歳から Until years old/歳まで Number of cigarettes/本/day/日

患者氏名 :
患者ID :

English/英語

7. Do you have any dentures, false teeth or loose teeth?

/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

8. Are you able to walk up one flight of stairs?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

9. Have you ever experienced bleeding that wouldn't stop or bleeding that occurred easily?

/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

10. Has anyone in your family had any problems when he/she had surgery or anesthesia?

/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。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

11. (Only for females:) Are you pregnant or possibly pregnant?

/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか。

☐ No/いいえ

☐ Yes/はい

→If yes, write how many weeks pregnant you are now.

/「はい」☑をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

(Weeks of pregnancy/週)

Please let our staff know if you have any questions, concerns or requests about anesthesia.

/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。