

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

마취 문진표/麻醉 問診票

환자성함 /患者氏名							
생년월일 /生年月日	년/年	월/月	일/日	연령/年齡	세/歲	성별 /性別	☐ 남/男 ☐ 여/女

마취를 하기 전에 환자분의 건강상태를 확인하겠습니다. 본인이 아시는 범위내에서 다음 질문에 답변해 주십시오.
/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。

해당되는 사항에 체크해 주십시오./あてはまるものにチェックしてください。

1. 지금까지 수술·처치 등으로 마취를 받은 적이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

수술·처치명/手術・処置名: _____

2. 현재 치료 중이거나 과거에 치료를 받은 질환이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

「예」에 체크하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「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。

☐고혈압/高血圧

☐당뇨병/糖尿病

☐고지혈증/高脂血症

☐심장 질환/心臓の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐협심증·심근경색/狭心症・心筋梗塞

☐심장 판막증/心臓弁膜症

☐심부전/心不全

☐기타 심장병/その他の心臓病:

☐폐·호흡기 질환/肺・呼吸器の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐천식/喘息

☐폐기종/肺気腫

☐기타 폐·호흡기 질환/その他の肺・呼吸器の病気:

☐간장 질환/肝臓の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐바이러스성 간염(A·B·C)/ウイルス性肝炎(A・B・C)

☐간경변(간경화)/肝硬変

☐기타 간장 질환/その他の肝臓の病気:

☐신장 질환/腎臓の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。

☐당뇨병성 신증/糖尿病性腎症

☐네프로제 증후군/ネフローゼ症候群

☐사구체 신염/糸球体腎炎

☐기타 신장 질환/その他の腎臓の病気:

☐뇌 질환/脳の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오。

/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。

患者氏名 :
患者ID :

한국어/韓国語

- ☐ 뇌출혈·뇌경색/脳出血・脳梗塞
- ☐ 경련·전간(간질)/痙攣・てんかん
- ☐ 기타 뇌 질환/その他の脳の病気

□위장 질환/胃腸の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。
☐ 만성 위염/慢性胃炎
☐ 기타 위장 질환/その他の胃腸の病気 :

□안구 질환/眼の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。
☐ 녹내장(안압 이상)/緑内障(眼圧の異常)
☐ 백내장/白内障
☐ 기타 안구 질환/その他の眼の病気 :

□뼈 또는 근육 질환/骨や筋肉の病気

「예」에 ☒하신 분은 다음 항목 중 해당 병명에 체크해 주십시오.
/「はい」に☒した方は該当の病名を下記から選んでください。
☐ 관절 류머티즘/関節リウマチ
☐ 골다공증/骨粗鬆症
☐ 추간판 헤르니아(돌출증, 디스크)/椎間板ヘルニア
☐ 기타 뼈 또는 근육 질환/その他の骨や筋肉の病気 :

□기타/その他:

3. 약이나 건강 보조제를 섭취 중입니까?/薬やサプリメントを飲んでいますか。

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい
- 약품명/薬品名 :

**4. 약이나 음식을 섭취하여 두드러기가 나거나 호흡이 곤란해진 적이 있습니까?
/薬や食物でじんましが出了ことや、息が苦しくなったことはありますか。**

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい
- ☐ 약품명/薬品名 :
- ☐ 식품명/食べ物 :
- ☐ 기타/その他 :

5. 음주를 하십니까?/お酒を飲みますか。

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい
- ☐ 맥주/ビール : /일/日
- ☐ 위스키/ウイスキー : /일/日
- ☐ 일본주/日本酒 : /일/日
- ☐ 와인/ワイン : /일/日
- ☐ 기타/その他 :

6. 흡연을 하십니까?/煙草を吸いますか。

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい
- 세 부터/歳から
- 세 까지/歳まで
- 개비/本/일/日

7. 의치, 치아 보철물, 흔들리는 치아가 있습니까?/入れ歯、差し歯、ぐらぐらしている歯はありますか。

- ☐ 아니오/いいえ
- ☐ 예/はい

患者氏名 :

患者ID :

한국어/韓国語

8. 한 층 위로 계단을 걸어서 올라갈 수 있습니까?/一つ上の階まで、階段を歩いてのぼれますか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

9. 피가 잘 멈추지 않거나 출혈이 일어나기 쉽습니까?/血が止まりにくい、血が出やすいことはありますか。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

10. 가족 중(혈연) 수술·마취를 받았을 때 문제가 생겼던 분이 있습니까?

/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。

☐아니오/いいえ

☐예/はい

11. (여성 분만 답해 주십시오)임신 중이거나 임신의 가능성이 있습니까?

/(女性の方のみ)妊娠している可能性はありますか?

☐아니오/いいえ

☐예/はい

→ 「예」에 ☒하신 분은 임신 주수를 적어 주십시오.

/ 「はい」 ☒をした方は、以下に妊娠の週数を書いて下さい

(주/週)

마취에 관하여 궁금하신 점이나 걱정되시는 점, 요망사항이 있으신 분은 직원에게 말씀해주십시오..

/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。