

⑧ 現在飲んでいるお薬があれば、記載してください。
お薬手帳をお持ちであれば一緒に提出してください。

⑨ 今までに手術や血管のステント治療を受けたことがありますか？
ない ある → 下に御記入ください

()

麻酔で体に何らかの異常をきたしましたか？
(はい・いいえ)

⑩ 血縁にあたる人の手術や麻酔で異常がありましたか？
(はい・いいえ)

⑪ くすり・注射・食べ物によりアレルギーを起こしたことがありますか？

(例) 発疹、じんましん、呼吸困難、下痢、嘔吐、頭痛、けいれん、発熱、かゆみ、
冷や汗がでる、顔面が蒼白になる、など

()

起こしたことがある場合、何が原因でしたか？

()

⑫ 喫煙・飲酒について教えてください

『喫煙』 なし あり (量 本/日)

『飲酒』 なし あり (量 本/ 日・週・月)

↳ まれに・時々・ほぼ毎日

⑬ 排泄について

排便: 回/ 日 よく便秘になりますか？ (はい・いいえ)

排尿: 回/ 日 (夜間尿: 回)

診察の結果、手術が必要となった場合、術前の検査として、レントゲン・検尿・心電図・呼吸機能検査・採血を行う決まりになっています。なお、採血には一般的検査のほか、B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV(エイズ)・新型コロナウイルスの感染症の有無を調べる検査等が含まれています。

検査の必要性をご理解いただき、同意していただけますか？

(同意する ・ 同意しない)

年 月 日

患者氏名(署名):
