

术前健康史患者调查问卷
麻醉科

姓名：
出生日期：
病历编号 (MRN)
性别：
电子邮件：
住址：
手机号码：

请尽您所知如实填写这份健康史问卷，并将其交给您的外科医生办公室。如有任何问题不确定答案，请勾选“不确定”。您可以在“请解释/具体说明”部分添加详细信息。未能完整填写此表可能会导致手术延迟。

| 心脏 | | | | | |
|---|---|---|-----|------|---|
| 您是否有以下任何问题： | 是 | 否 | 不确定 | 请解释： | |
| 1.任何心脏问题？（例如心梗、杂音、心绞痛、阻塞、血管成形术、支架、瓣膜问题、心律不齐、心脏手术、心力衰竭）。 | | | | | * |
| 2.高血压或服用高血压药物？ | | | | | |
| 3.上一层楼梯后感到胸痛或喘不过来气？ | | | | | * |
| 4.心脏起搏器或植入式除颤器？ | | | | | * |
| 5.您是否定期服用阿司匹林 (ASA) ？ | | | | | |
| 6.服用稀释血液的处方药？（例如华法林、香豆素、波立维、达比加群、利伐沙班） | | | | | * |
| 7.人工心脏瓣膜？ | | | | | * |
| 8.任何其他心脏问题？ | | | | | * |
| 呼吸 | | | | | |
| 您是否有以下任何问题： | 是 | 否 | 不确定 | 请解释： | |
| 9.您过去是否吸过任何种类的烟草制品？请具体说明是哪一种（例如香烟、雪茄、烟斗、大麻、电子烟）以及多长时间？ | | | | | |
| 10.肺气肿、慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 或哮喘？ | | | | | |
| 11.是否因为哮喘而需要每周服用两次以上哮喘缓解药物或在过去2个月内口服类固醇？ | | | | | * |
| 12.您是否在家里吸氧帮助呼吸？ | | | | | * |
| 13.是否因为呼吸困难而难以平躺至少30分钟？ | | | | | * |
| 14.在过去2个月内，您是否曾因任何胸部感染问题而住院？ | | | | | * |
| 15.在过去2个月内，您是否被诊断出患有COVID-19？ | | | | | |
| 16.您是否患有睡眠呼吸暂停？ | | | | | |

| |
|------------|
| 姓名: |
| 出生日期: |
| 病历编号 (MRN) |
| 性别: |
| 电子邮件: |
| 住址: |
| 手机号码: |

| | | | | | |
|---|---|---|-----|------------------------------------|---|
| 17. 您是否曾被告知在夜间使用机器来帮助呼吸但您并未使用? | | | | | |
| 18. 您是否还有其他呼吸问题? | | | | | |
| 血液问题 | | | | | |
| 您是否有以下任何问题: | 是 | 否 | 不确定 | 请解释: | |
| 19. 镰状细胞性贫血? | | | | | * |
| 20. 贫血 (血细胞计数偏低)? | | | | | |
| 21. 出血性疾病或凝血问题? | | | | | * |
| 22. 您是否因任何个人或宗教原因而拒绝使用任何血液制品? | | | | | * |
| 神经系统 | | | | | |
| 您是否有以下任何问题: | 是 | 否 | 不确定 | 请解释: | |
| 23. 严重记忆力减退或痴呆? | | | | | |
| 24. 您是否患有影响肌肉和神经的疾病? | | | | | * |
| 25. 中风或小中风/TIA? | | | | | * |
| 26. 动脉瘤? | | | | | * |
| 27. 癫痫或抽搐? | | | | | * |
| 其他重大健康问题 | | | | | |
| 您是否有以下任何问题: | 是 | 否 | 不确定 | 请解释: | |
| 28. 过去一年中是否晕倒过? | | | | | * |
| 29. 您或您的家人 (血亲) 在麻醉后是否有过除恶心或呕吐以外的严重反应 (例如恶性高烧)? | | | | | * |
| 30. 张嘴或点头是否有困难? | | | | | * |
| 31. 您是否因慢性疼痛而服用麻醉品 (如codeine、morphine、hydromorphone、Percocet、methadone或suboxone)? | | | | | * |
| 32. 您是否怀孕或有可能怀孕? | | | | | |
| 33. 您是否有糖尿病? | | | | <input type="checkbox"/> 正在使用胰岛素* | * |
| | | | | <input type="checkbox"/> 正在服用糖尿病药物 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 正在控制饮食 | |
| 34. 您是否在做透析? | | | | | * |
| 35. 您是否患有除肾结石以外的其他肾病? | | | | | * |



姓名：
 出生日期：
 病历编号（MRN）
 性别：
 电子邮件：
 住址：
 手机号码：

| | | | | | |
|--|-------|--|--------------|-----------------------------------|---|
| 36.您是否有甲状腺疾病？ | | | | | |
| 37.您是否为HIV阳性？ | | | | | * |
| 38.您是否有肝脏疾病？ | | | | | * |
| 39.您是否进行过器官移植（角膜移植除外）？ | | | | | * |
| 40.您是否有胃溃疡、胃灼热或食管裂孔疝？ | | | | | |
| 41.您有自身免疫方面的疾病吗？（例如狼疮） | | | | | * |
| 42.您是否有关节炎？ | | | | <input type="checkbox"/> 类风湿性关节炎* | * |
| | | | | <input type="checkbox"/> 骨关节炎 | |
| 43.您是否有任何心理健康问题？（例如焦虑、惊恐发作、幽闭恐惧症、针头恐惧症等） | | | | | |
| 44.您是否有/有过癌症？ | | | | | * |
| 45.您是否接受过化疗/放射治疗？ | | | | <input type="checkbox"/> 头部或颈部* | * |
| | | | | <input type="checkbox"/> 其他部位： | |
| 46.您是否使用除大麻以外的任何街头毒品？ | | | | | |
| 请说明您每周的平均饮酒量 | | | | | |
| 请列出任何食物/药物/乳胶过敏 | | | | | |
| 目前身高： | 目前体重： | | | | |
| 请注明药房的名称和电话号码 | | | | | |
| 您的药房名称： | | | 电话号码（或药房地址）： | | |
| 请列出您服用的所有药物（包括草药、维生素和处方药）。如有必要，请附上清单。 | | | | | |
| 1. | 9. | | | | |
| 2. | 10. | | | | |
| 3. | 11. | | | | |
| 4. | 12. | | | | |
| 5. | 13. | | | | |
| 6. | 14. | | | | |
| 7. | 15. | | | | |
| 8. | 16. | | | | |
| 请列出所有曾经做过的和即将要做的手术： | | | | | |
| 1. | 4. | | | | |
| 2. | 5. | | | | |
| 3. | 6. | | | | |

姓名：
出生日期：
病历编号 (MRN)
性别：
电子邮件：
住址：
手机号码：



您是否还有其他疾病、限制或任何我们应该了解的问题？

患者健康史问卷由以下人员填写：

- 患者
 家属
 医护人员
 其他（请具体说明）：

重要说明：如果您认为自己患了感冒、流感或其他疾病，请记得在开始服用任何新药之前告知您的外科医生。

声明：

本人特此声明，以我所知，以上提供的信息真实无误。同时，我知道，此表中的任何虚假陈述或故意遗漏都可能导致无法获得足够的医疗服务。

姓名（正楷书写）： 签名： 日期（年/月/日）：

时间：

仅供入院前科室使用

入院前科室预约类型：

- 注册护士检查（前往门诊）
 查看病历
 注册护士电话
 麻醉/注册护士检查（前往门诊）
 其他（请具体说明）：

患者问卷审核人：

- 入院前科室注册护士
 其他

备注：

姓名（正楷书写）： 签名： 日期（年/月/日）：

时间：