

手術前健康狀況紀錄病人問卷
麻醉科

姓名：
出生日期：
期：醫
療紀錄
編號
性別：
電郵地址：住宅
電話：
手機電話：

請盡可能完成健康狀況紀錄問卷，並交給您的外科醫生診所團隊。如果您有一些答案不肯定，請填「不肯定」。您可在「請解釋」一欄填寫詳情。
在表格上漏填資料或會延誤您的手術。

心臟					
您是否有：	是	否	不肯定	請解釋：	
1.任何心臟問題？（例如心臟病發、喃喃自語、心絞痛、心血管堵塞、血管擴張手術、支架、心瓣問題、心律不齊、心臟手術、心臟衰竭）。					*
2.患有高血壓或服藥控制血壓？					
3.在爬一層樓梯後有沒有胸痛或氣促？					*
4.使用起搏器或可移植去顫器？					*
5.定期服用阿斯匹靈？					
6.服用處方血液稀釋劑？（例如warfarin、coumadin、plavix、dabigatran、rivaroxaban）					*
7.人工心瓣？					*
8.任何其他心臟問題？					*
呼吸					
您是否有：	是	否	不肯定	請解釋：	
9.在過往吸食任何煙草？請註明種類（例如香煙、雪茄、煙斗、大麻、電子煙）及時間長度？					
10.肺氣腫、慢性阻塞性肺疾病（COPD）或哮喘？					
11.哮喘需要您服用舒緩藥物超過每星周兩次，或在過往2個月內口服類固醇？					*
12.在家中使用氧氣幫助自己呼吸？					*
13.因為呼吸困難而躺平至少30分鐘？					*
14.因為任何胸部感染而曾在過去兩個月內入院？					*
15. 您有否在過去兩個月內確診患有新冠肺炎？					
16.您有沒有睡眠窒息症？					

姓名：
 出生日
 期：醫
 療紀錄
 編號
 性別：
 電郵地址：住宅
 電話：
 手機電話：

17.您有沒有被要求在夜間使用機器協助呼吸，但卻選擇不使用？					
18.您有沒有任何其他呼吸問題？					
血液問題					
您有沒有：	是	否	不肯定	請解釋：	
19.鐮刀型紅血球疾病？					*
20.貧血？					
21.流血不止或凝血問題？					*
22.您有沒有因為個人或宗教原因而拒絕服用發給您的任何血液製品？					*
神經系統					
您有沒有：	是	否	不肯定	請解釋：	
23.重大記憶喪失或失憶？					
24.影響您的肌肉和神經的疾病？					*
25.中風或輕微中風/暫時性腦缺血					*
26.動脈瘤？					*
27.癲癇或抽搐？					*
其他重要醫療狀況					
您有沒有：	是	否	不肯定	請解釋：	
28.在去年暫時失去知覺？					*
29.您或您的家人（血親）是否曾經在麻醉後出現噁心或嘔吐以外的嚴重問題（例如惡性高熱）？					*
30.張開嘴巴、雙顎或上下移動頸部時是否出現麻煩？					*
31.您有否服用精神科藥物（例如可待因、嗎啡、氫嗎啡酮、撲熱息痛、美沙酮或舒倍生）以應付慢性痛症？					*
32.您是否懷孕或有可能懷孕？					
33.您是否患有糖尿病？				<input type="checkbox"/> 服用胰島素* <input type="checkbox"/> 服用糖尿病藥片 <input type="checkbox"/> 飲食受到控制	*
34.您是否正在接受血液透析？					*
35.您除了腎石外是有患上任何腎病？					*



姓名：
出生日
期：醫
療紀錄
編號
性別：
電郵地址：住宅
電話：
手機電話：



36.您有沒有甲狀腺疾病?					
37.您是否對HIV呈陽性反應?					*
38.您有沒有肝病?					*
39.您有否曾經接受器官移植（眼角膜除外）？					*
40.您有沒有患上胃潰瘍、胃酸倒流或食道裂孔疝氣？					
41.您有沒有自體免疫性疾病？（例如狼瘡）？					*
42.您沒有關節炎？				<input type="checkbox"/> 類風濕性關節炎*	*
				<input type="checkbox"/> 骨性關節炎	
43.您有沒有心理健康上的問題？（例如焦慮症、驚恐症、幽閉恐懼症、針頭恐懼等）					
44.您有沒有/曾經患有癌症？					*
45.您有沒有曾經接受化療/放射療程？				<input type="checkbox"/> 針對頭或頸部 *	*
				<input type="checkbox"/> 其他：	
46.除了大麻外，您有沒有使用任何街上販賣的藥物？					
請註明您的每周平均酒精攝取量					
列出任何食物/藥物/乳膠過敏症					
最近身高：	最近體重：				
註明診所名稱及電話號碼					
您的藥房名稱：			電話號碼（或藥房地址）：		
列出所有您服用的藥物（草藥、維他命及非處方藥。）如有需要，請夾附列表。					
1.					9.
2.					10.
3.					11.
4.					12.
5.					13.
6.					14.
7.					15.
8.					16.
列出所有以往及即將進行的手術：					
1.					4.
2.					5.
3.					6.

姓名：
出生日
期：醫
療紀錄
編號
性別：
電郵地址：住宅
電話：
手機電話：

您有沒有任何其他疾病、限制或任何其他我們應該要知道的顧慮？

病人健康紀錄問卷完成者：

病人

家庭

醫療服務提供者

其他（請註明）：

重要事項：請緊記告訴您的醫生您患上傷風、感冒或其他疾病，然後才服用任何新藥。

聲明：

我謹此聲明以上所提供的資料按照我所掌握的實屬真確無訛。我同時明白在此表格作出任何虛假陳述或刻意漏填，或會導致我所接受的醫療護理不足。

姓名大寫：
/日日）：

簽署：

日期（年年年/月月

時間：

只供入院前使用

入院前部門預約類別：

註冊護士評估（到訪診所）

圖表審閱

註冊護士電話

麻醉/註冊護士評估（到訪診所）

其他（請解釋）：

病人問卷審閱員：

入院前部門註冊護士

其他

備註：

姓名：
出生日
期：醫
療紀錄
編號
性別：
電郵地址：住宅
電話：
手機電話：

姓名大寫：

簽署：

日期（年年年/月
月/日日）：

時間：

