

# 静脈麻酔・全身麻酔 問診票

記入年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

処置予定日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

フリガナ

お名前 : \_\_\_\_\_ (男・女) 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳)

(身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 : \_\_\_\_\_ kg 血液型 : \_\_\_\_\_ 型)

- ① 今まで麻酔での処置を受けたことがありますか？  
 ない     局所麻酔     静脈麻酔     全身麻酔
- ② 今まで、歯科治療や麻酔の際、問題が起きたことがありますか？  
 ない     気分が悪くなった     動悸がした     胸が痛くなった  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 現在あるいは過去にかかった病気はありますか？  
 ない     高血圧     糖尿病     脳梗塞     不整脈     喘息     狭心症・心筋梗塞  
 腎臓病     胃腸病     肝臓病     緑内障  
 その他や具体的な病名 ( \_\_\_\_\_ )
- ④ 現在治療中の病気はありますか？  
 ない     ある ⇒ 病名 ( \_\_\_\_\_ )  
 薬で治療中     経過観察中
- ⑤ これまでに睡眠薬・精神安定剤を使用したことがありますか？  
 ない     ある ⇒ 薬品名 ( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 歳頃 )
- ⑥ 治療中の病気などで現在常用している薬はありますか？ (サプリメントも含む)  
 ない     ある ⇒ 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑦ 薬による副作用やアレルギーはありますか？  
 ない     ある ⇒ 薬品名 ( \_\_\_\_\_ )  
 症状 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑧ 卵・大豆などの特定の食品や、金属・ゴムなどに対してアレルギーはありますか？  
 ない     ある ⇒ ( \_\_\_\_\_ )
- ⑨ タバコは吸いますか？  
 吸わない     吸う ⇒ ( 1日 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間)
- ⑩ 眠っているときにいびきをかきやすいですか？  
 いいえ     はい     わからない
- ⑩ 女性の方へ  
 現在妊娠していますか？     いいえ     はい  
 処置当日が月経の可能性はありますか？     いいえ     はい
- ⑪ 当日の帰宅について  
 ご自宅までの時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分  
 手段     徒歩     タクシー     付き添いの方が運転する車  
 公共の交通機関     その他 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑫ 麻酔に関する質問はありますか？  
 ない     ある ( \_\_\_\_\_ )