

麻酔科問診表

以下の質問は歯科麻酔科医が患者様の麻酔を安全にかける上で重要なものです。質問事項をよくお読みになって、正確にご記入をお願い申し上げます。

記入年月日： 年 月 日

生年月日：明・大・昭・平 年 月 日 年齢： 歳 ヶ月 日

患者様氏名 (男・女) 身長 c m 体重 k g

記載者氏名 (父・母・その他：)

1. 現在、治療中の病気がありますか。 (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ

- ・ どのような病気ですか。 : _____
- ・ どのような治療を受けていますか。 : _____

2. 現在までの間に医療機関を受診したことがありますか (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ

- ・ どのようなことで医療機関を受診しましたか。 _____
- ・ 何か病名を言われましたか。 _____
- ・ 何か治療を受けましたか。 _____

3. これまで、ひきつけやけいれんを起こしたことがありますか。 . . . (はい・いいえ)

4. これまでに全身または部分麻酔（歯科麻酔を含む）を受けたことがありますか。
. (はい・いいえ)

5. 過去に輸血を受けたことはありますか。 (はい・いいえ)

6. 特定の薬に対し、アレルギー（過敏症）がありますか (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ どのような薬に対してアレルギーがありますか。

薬剤名： 病状： _____

7. 卵、大豆など特定の食品やゴムなどに対し、アレルギーがありますか。
. (はい・いいえ)

8. 喘息と言われたことはありますか。 (はい・いいえ)

「はい」と答えた方へ

- ・ いつも飲んでいる薬はありますか。 薬剤名： _____
- ・ 発作はどのくらいの割合で起こりますか。 : (例：月に1度位) _____
- ・ 最後に発作が起こったのはいつ頃ですか。 : _____

9. 心臓が悪いといわれたことがありますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ 病名： _____
10. 階段の上り下りで息切れや胸が痛くなったりスポーツなどの制限を受けていますか。
・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ 病名： _____
11. 出血しやすい、血が止まりにくいなどがありますか。・・・・・・・・ (はい・いいえ)
12. 眠っている時にいびきをかきやすいですか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
13. 現在飲んでいる薬はありますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ 薬剤名： _____
14. アルコールをお飲みになられますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ どのくらいの量をお飲みになられますか。
(例：1日ビール 350ml 1本) _____
15. タバコはお吸いになられますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ どのくらいの量を吸われますか。 1 日 本 年間
16. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方へ 種類： _____ 接種日： _____ 月 _____ 日
17. 血縁者の方で、麻酔に起因する異常を指摘されたことがある方はいらっしゃいますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
18. 女性の方のみお答え下さい。
現在月経はございますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
現在妊娠されていますか。・・・・・・・・・・ (はい・いいえ)
19. 麻酔科医に伝えておきたいことがありましたら、遠慮なくご記入ください。
- _____
- _____

ご協力ありがとうございました。