

麻酔問診表

患者様氏名

年齢・性別

歳 (男 ・ 女)

身長・体重

kg

cm BMI() 青字欄は、問診者記入。

歯科治療を受けることが困難になった時期、その時の状況を詳しく教えてください。

現在歯科治療を受けるにあたって、困難な状況を具体的に教えてください。

過去の全身状態について

(はい、いいえのいずれかに○をつけて下さい。)

循環器の病気 (高血圧、心筋梗塞、狭心症、不整脈、心不全、弁膜症、心奇形など)

(はい・いいえ)

脳血管障害 (脳梗塞、脳出血など)

(はい・いいえ)

呼吸器の病気 (ぜんそく、その他肺や気管支、鼻の病気など)

(はい・いいえ)

精神、神経の病気 (統合失調症、うつ、双極性障害、てんかんなど)

(はい・いいえ)

内分泌の病気 (糖尿病、甲状腺機能の病気など)

(はい・いいえ)

肝臓、腎臓の病気 (ウイルス性肝炎、アルコール性肝炎など)

(はい・いいえ)

その他の疾患 (貧血、血液の病気、リウマチ、更年期障害、骨粗しょう症

緑内障、その他なんでも)

(はい・いいえ)

その病気の経過を教えてください。

現在の全身状態について

循環器の病気（高血圧、心筋梗塞、狭心症、不整脈、心不全、弁膜症、心奇形など）	（はい・いいえ）
脳血管障害（脳梗塞、脳出血など）	（はい・いいえ）
呼吸器の病気（ぜんそく、その他肺や気管支、鼻の病気など）	（はい・いいえ）
精神、神経の病気（統合失調症、うつ、双極性障害、てんかんなど）	（はい・いいえ）
内分泌の病気（糖尿病、甲状腺機能の病気など）	（はい・いいえ）
肝臓、腎臓の病気（ウイルス性肝炎、アルコール性肝炎など）	（はい・いいえ）
その他の疾患（貧血、血液の病気、リウマチ、更年期障害、骨粗しょう症 緑内障、その他なんでも）	（はい・いいえ）

現在治療中の病気があれば、その病気の経過と医療機関、医師名を教えてください。

アレルギー

アレルギー（食べ物、薬剤、花粉、ホコリ、金属、ゴム、アトピー、アルコール、テープ
など詳しく）はありますか？

（はい・いいえ）

アレルギーがある方はその詳細を記入してください。

常用薬

現在服用している薬がありますか？

（はい・いいえ）

服用している薬がある方は、できるだけ詳しくお書きください。お薬手帳や、薬局の薬剤情報
書があればご提示ください。

麻酔歴について

今まで、全身麻酔、鎮静を行ったことがありますか？

(はい・いいえ)

いつごろ、どのような手術、処置をされましたか？

過去に麻酔をして異常がありましたか？

(はい・いいえ)

異常がある方は、その時の状態を詳しく教えてください。

局所麻酔でアレルギー、ショックなどの特別な反応はありましたか？

(はい・いいえ)

特別な反応があった方はその時の状態を詳しく教えてください。

家族歴

血縁者で、全身麻酔、局所麻酔で事故があったという話を聞いたことがありますか？

(はい・いいえ)

血縁者で、突然死、筋肉の病気、神経疾患のある方はいますか？

(はい・いいえ)

現症

現在体調は良いですか？

(はい・いいえ)

体調のすぐれない方は、詳細を記入してください。

痛みなく口を大きく開けることができますか？ (はい・いいえ)
 首を充分後ろにそらすことができますか？ (はい・いいえ)
 就寝中にいびきをかいていると言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
 鼻閉はありますか？ (はい・いいえ)
 緑内障（眼圧が高い）と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
 視力に異常はありますか？ (はい・いいえ)
 難聴はありますか？ (はい・いいえ)
 腰痛、ひざ痛、首、肩の痛みがありますか？ (はい・いいえ)
 痛みのある方は、部位と痛み方を教えてください。

乳がん術後などで、採血や血圧測定できない部位はありますか？ (はい・いいえ)
 それは、どちらの腕ですか？ (右、左)

喫煙歴 1日あたり 本× 年
 飲酒量 1日あたり
 最近予防接種をしましたか？ (はい・いいえ)
 睡眠時間はどのくらいですか？ 1日あたり 時間
 最近食欲はありますか？ (はい・いいえ)

問診者記入欄

開口量 mm 開口制限（+、-）
 頸部伸展 mm 痛み（+、-）
 MP 分類（ ）
 V-line（ difficult ordinary easy ）
 障害分類（Phobia Gag Panic MR PDD その他）
 聴診（呼吸音 心音）

モニタープリント用紙貼付欄

平成 年 月 日

静脈内鎮静法を受けられる患者様へ

静脈内鎮静法は、点滴から薬を流すことによりぼーっとしたり、ほとんど睡眠した状態になるため、非常に楽に歯科治療を受けることができます。

原田歯科では、術前診査、術中の全身状態のモニタリング、酸素吸入など安全に充分配慮した体制で静脈内鎮静法ならびに歯科治療を受けて頂くことができます。

安全に治療を受けて頂くために以下の注意を必ずお守りください。

注意事項

治療前日

十分に睡眠をとるようにしてください。体調が悪いときはご連絡ください。

治療当日（治療前）

- ① **食事** 当日は消化の良い食事にして下さい。なお、治療6時間前から、食事をとらないようにしてください。（消化の良い食事とは、脂肪やたんぱく質の少ない軽めの食事です。）
- ② **水分** 治療当日は炭酸飲料、ジュース、牛乳、カフェイン飲料は避けてください。（胃からの吸収が悪いため）水、お茶、スポーツ飲料などは構いません。治療中はお手洗いにいけませんので、治療前2時間は水分を摂らないでください。治療前に、お手洗いにいらしてください。
- ③ **服装** 点滴、モニタリング、酸素吸入などを行いますので、お化粧品、マニキュアなどはしないでください。なるべくゆったりとした、楽な服装でいらしてください。

治療当日（治療後）

- ① 鎮静剤の拮抗剤を点滴で流し、覚醒して頂きます。若干、眠気、ふらつきがしばらく残ります。当日は、2時間程度はゆっくりとお過ごしください。
- ② 当日は、車の運転（バイク、自転車なども）はしないでください。徒歩、タクシー、ご自宅の車で来院の場合はどなたか運転して頂ける方とご来院ください。
- ③ 治療後、発熱、気分不快などありましたらかならず当院にご連絡ください。
(042-654-1684)

原田歯科医院

麻酔承諾書

- ① 一般的に、麻酔は安全性の高いものですが絶対ではありません。当院では、術前診査、術中のモニタリング、酸素吸入、心肺蘇生のトレーニングなど万全の体制を整えていますが、下記のあるいはそれ以外の予期せぬ偶発症、突発事故が起こる危険性があることをご理解ください。これらの問題が生じた場合でも、問題解決のため総力を尽くします。

麻酔によって起こりうる合併症としては、
薬剤アレルギー、術後の嘔気、嘔吐、頭痛、静脈炎などがあります。
ごくまれに悪性高熱症などがあります。

- ② 麻酔前の絶飲絶食の指示は正しく守ってください。胃の中に残ったものが麻酔中に逆流して、肺に入り込み重大な肺炎、呼吸不全を引き起こし生命にかかわることがあります。もし、絶飲絶食が指示通りに行えなかったときは、必ず歯科医師、衛生士に申し出てください。
- ③ 麻酔後の、車の運転（バイク、自転車なども含む）は厳禁です。ご自分でこれらを運転してお帰りいただくことはできません。必ずお守りください。お守りいただけずに起こった事故、けがにつきましては、当方は一切の責任を負いません。

平成 年 月 日

歯科医師 原田 達也

このたび、医療行為を依頼するにあたり、その必要性および可能性のある諸事項状況などについて歯科医師から説明を聞き、十分に納得、了承しましたので実施することを承諾します。

現住所

患者様氏名 （自署）

麻酔承諾書

①一般的に、麻酔は安全性の高いものですが絶対ではありません。当院では、術前診査、術中のモニタリング、酸素吸入、心肺蘇生のトレーニングなど万全の体制を整えていますが、下記のあるいはそれ以外の予期せぬ偶発症、突発事故が起こる危険性があることをご理解ください。これらの問題が生じた場合でも、問題解決のため総力を尽くします。

麻酔によって起こりうる合併症としては、
薬剤アレルギー、術後の嘔気、嘔吐、頭痛、静脈炎などがあります。
ごくまれに悪性高熱症などがあります。

②麻酔前の絶飲絶食の指示は正しく守ってください。胃の中に残ったものが麻酔中に逆流して、肺に入り込み重大な肺炎、呼吸不全を引き起こし生命にかかわることがあります。もし、絶飲絶食が指示通りに行えなかったときは、必ず歯科医師、衛生士に申し出てください。

③麻酔後の、車の運転（バイク、自転車なども含む）は厳禁です。ご自分でこれらを運転してお帰りいただくことはできません。必ずお守りください。お守りいただけずに起こった事故、けがにつきましては、当方は一切の責任を負いません。

平成 年 月 日

歯科医師 原田 達也

このたび、医療行為を依頼するにあたり、その必要性および可能性のある諸事項状況などについて歯科医師から説明を聞き、十分に納得、了承しましたので実施することを承諾します。

現住所

患者様氏名 （自署）