

# 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、処置をしましたか？

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）とい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