

ID _____ フリガナ 氏名 _____ 年齢 _____ 男 ・ 女 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg

住所 _____

連絡先電話番号 _____ 職業 _____

緊急連絡先①電話番号 _____ 名前 _____ 続柄 _____

緊急連絡先②電話番号 _____ 名前 _____ 続柄 _____

既往歴 手術・入院治療・長期間の通院を要した治療などを記入してください。

病名	() 歳	手術施行 ・ 通院中 ・ 治癒
病名	() 歳	手術施行 ・ 通院中 ・ 治癒
病名	() 歳	手術施行 ・ 通院中 ・ 治癒
病名	() 歳	手術施行 ・ 通院中 ・ 治癒

アレルギー⇒ ・ あり ・ なし

- ・ 食べ物 ()
症状 (発赤・蕁麻疹・呼吸困難・吐き気・下痢)
- ・ 薬 ()
症状 (発赤・蕁麻疹・呼吸困難・吐き気・下痢)
- ・ その他 ()

内服したことのあつものに○をつけてください。

- ・ ロキソニン
- ・ カロナール
- ・ その他痛み止め ()

現在他院で処方されて内服している薬・市販のサプリメントがあれば、記入してください。

()

全身麻酔歴

麻酔歴に関して質問にお答えください。

全身麻酔を受けたことがある⇒・あり・なし

「あり」の方へ

その時、異常な高熱・蕁麻疹・喘息発作・その他のアレルギーショックなど

何か異常があった⇒・はい・いいえ

局所麻酔歴（歯医者での麻酔など）を受けられたことがある⇒・あり・なし

局所麻酔でアレルギーをおこしたことがある⇒・はい・いいえ

血のつながった方で過去に手術や麻酔を受けた時に何か異常があった方がいる

⇒・はい・いいえ

喫煙歴

☐ 現在喫煙をしている 一日 本× 歳から

☐ 喫煙していたがやめた 以前は一日 本× 歳から 歳まで

☐ 喫煙したことはない（一生のうちに吸ったタバコの総本数が100本未満であり喫煙習慣は全く無い）

輸血歴

輸血したことがある⇒・はい・いいえ

歯について

グラグラした歯や、義歯、治療中の歯がある⇒・あり・なし

あてはまるものに○をつけてください。

・グラグラした歯（上 下 前歯 奥歯 他）

・義歯（外せる・外せない）

・治療中の歯（上 下 前歯 奥歯 他）

眼鏡・コンタクトについて

あてはまるものに○をつけてください。

裸眼 眼鏡 コンタクト（ソフトコンタクト 使い捨て ハードコンタクト）

その他下記の項目にお答えください。

心臓の病気があるといわれたことがある/治療中である 「はい」の方は該当する病気に○をつけて詳細を記入してください 不整脈 狭心症 心筋梗塞 心不全 その他 () 心臓の手術 () 家族に心臓の病気の方はいますか？	はい はい	いいえ いいえ
脳の病気になったことがある/頭のケガをしたことがある てんかん発作をおこしたことがある	はい はい	いいえ いいえ
喘息と言われたことがある/治療中である 最終発作はいつですか？ () 頃)	はい	いいえ
高血圧と言われたことがある 薬 () 普段の血圧はどれくらいですか？ (/)	はい	いいえ
糖尿病と言われたことがある/治療中である 糖尿病の薬は現在飲んでいますか？ インスリン注射はしていますか？	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ
腎臓の病気があると言われたことがある/治療中である	はい	いいえ
治療中の肝炎もしくは肝硬変がある	はい	いいえ
抗がん剤の治療を現在行っている	はい	いいえ
血をサラサラにする薬（抗血栓薬・抗凝固薬）を内服している	はい	いいえ
睡眠時無呼吸症候群があるといわれたことがある/治療中である CPAP の治療を現在行っている	はい はい	いいえ いいえ
精神疾患・神経筋疾患などで治療中である	はい	いいえ
首、頸椎に異常があり首を曲げると痛みが強くなったり痺れたりすることがある	はい	いいえ
腰に異常がある	はい	いいえ
ケガなどが原因で口を大きく開けられない	はい	いいえ
妊娠中である/妊娠の可能性がある	はい	いいえ
宗教上、その他の理由により出血時などに輸血を受けることを拒否する	はい	いいえ
車酔いはしますか	はい	いいえ
タトゥー・入れ墨・アートメイクがある（部位)	はい	いいえ