

麻酔使用に関する問診票

氏名 _____ 才

当院における安全な分娩のために、産科を受診される方みなさまにお答えいただきます。麻酔に影響のある既往歴や合併症について教えてください。

あてはまる箇所に☑してください。

なお、状況によっては**麻酔科医との面談後の分娩予約**となります。ご了承ください。

1. 麻酔使用歴 ☐あり（局所麻酔・全身麻酔・虫歯治療や抜歯時の麻酔） ☐なし

2. 麻酔でのアレルギー/副作用 ☐あり【症状： _____】 ☐なし

3. ☐妊娠前 BMI（体格指数）が 26 以上である BMI 算出法：体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）

4. 既往歴や合併症 ☐あり ☐なし

ありの場合、以下の病名を○で囲むか【 】内に具体的にご記入ください。

<具体的な疾患・状態>

☐糖尿病 I 型・II 型 ☐インスリン使用歴 ☐あり ☐なし

☐心疾患（先天性の術後含む）・不整脈

具体的に【 _____ 】

☐血液疾患 Von Willebrand 病・血小板無力症・血小板減少性紫斑病・白血病

その他【 _____ 】

☐脊椎・脊髄疾患 腰椎ヘルニア・脊椎骨折・脊椎すべり症・側弯症・脊椎炎・腫瘍性疾患・脊椎手術の既往

その他【 _____ 】

☐低髄液圧症候群 ブラッドパッチ歴 ☐あり ☐なし

☐神経疾患 多発性硬化症・筋萎縮性側索硬化症・ギランバレー症候群・脱髄性多発神経炎・ニューロパチー

その他【 _____ 】

☐膠原病 SLE・皮膚筋炎・多発筋炎・ベーチェット病

その他【 _____ 】

☐皮膚疾患 腰背部の腫瘍・感染症・難治性の背部妊娠性痒疹・アトピー性皮膚炎・天疱瘡

その他【 _____ 】

☐指定難病【 _____ 】

☐その他ご心配な既往歴・合併症【 _____ 】

5. 上記の病気の治療薬含め内服がある場合は、以下にご記入ください。

【 _____ 】