

麻酔を受けられる方へお願い

次回の麻酔科外来診察前までに、
「SEIREIアプリ」から動画を視聴してください。



- ① この画像を読み取り、手順に沿ってアプリをダウンロードしてください。
- ② 「聖隷浜松病院」を登録してください。

スマートフォンの画面



③「患者説明動画」を選択

④「麻酔を受けられる方へ」の中から…



9才以下の方は

【小児用】をご視聴ください

アプリからの視聴が分からなかった場合は、この二次元コードから、直接視聴もお試ください→



10才以上の方は

【成人用】をご視聴ください

アプリからの視聴が分からなかった場合は、この二次元コードから、直接視聴もお試ください→



さらに詳しい内容を知りたい方は日本麻酔科学会ホームページ
「麻酔を受けられる方へ」を参考にしてください。



視聴できた方は別紙「麻酔科術前問診票」をご記入いただき、
麻酔科外来の受診当日にご持参ください。

(視聴できなかった方は、来院時に視聴いただきます)

<手術(麻酔)を受ける前の注意事項>

- ・医師より休薬の案内をされている場合は期日をお守りください。
- ・予防接種は手術前後2週間はお控えください。

記入日
(西暦): 年 月 日

麻酔科 術前問診票

太枠内のみ記入してください

お名前	様	予定手術日	年 月 日
生年月日	年 月 日	☐ 日帰り手術の場合はチェックしてください	
永久登録番号		手術名・病名	

以下の質問に対し、○を付けて下さい。はいの場合は詳細をお書き下さい。

- ・全身麻酔、脊椎麻酔を受けたことがありますか [はい・いいえ]
- ・血縁の方で、全身麻酔で異常のあった方、悪性高熱と言われた方、または、突然死された方はいますか [はい・いいえ]
- ・手術部位以外で痛みや動かしにくいところなどがありますか [はい・いいえ]
(階段の昇降ができない / 首を動かしにくい / 腕が上げられない / ベッドに仰向けになれない / その他)
- ・手足のしびれや感覚異常はありますか [はい・いいえ]
- ・手術前後 2 週間以内の予防接種の予定はありますか [はい・いいえ]
- ・乗り物酔いはしますか [はい・いいえ]
- ・たばこを吸っていますか [はい 本/日・いいえ・過去に吸っていた]
- ・ぐらぐら動く歯はありますか [はい・いいえ・歯がない]
- ・麻酔の説明動画を見て理解できましたか [はい・わからない部分がある・見ていない]
- ・以前の麻酔で気になった点、今回の麻酔について希望や不安な点などあればお書き下さい。
()

記載日 年 月 日

口腔外科スクリーニング [有・無] 歯牙損傷リスク [高・中・低] 保護床 [有・無]

年 月 日 麻酔科医 / 口腔外科医