

アネレム鎮静 問診票

患者氏名: _____

1. 鎮静薬・麻酔薬で具合が悪くなったこと

☐ なし ☐ あり

内容: _____

2. 薬剤アレルギー

☐ なし ☐ あり

薬剤名: _____

3. 既往歴

☐ 心疾患 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 睡眠時無呼吸症候群

☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患 ☐ その他

内容: _____

4. 睡眠薬・抗不安薬・鎮痛薬等の内服

☐ なし ☐ あり

薬剤名: _____

5. 妊娠中または妊娠の可能性

☐ なし ☐ あり ☐ 該当なし

6. 本日の帰宅方法

☐ 付き添いあり ☐ 公共交通機関

☐ タクシー ☐ その他: _____

記入日: 年 月 日