|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一覧表での症例番号 | |  | | | | | | | | | 指導／担当の別 | | | |  | | | | | |
| 初診日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 | 性別 |  | 年齢 | |  | | 歳 |  | | ヶ月 |
| 麻酔日 |  | 年 |  | | 月 | | |  | | 日 |  | | | | | | | | | |
| 診断名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術名または処置名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔・鎮静等の分類 | | 全身麻酔［歯科・口腔外科の麻酔］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（歯科領域の手術）］　全身麻酔［医科診療科での麻酔（医科領域の手術）］　静脈内鎮静　吸入鎮静　全身管理（モニター管理）　※該当するもの以外を削除してください。その他の場合は自由記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患者の属性 | | 障害者　有病者　小児歯科　※該当するもの以外を削除してください。いずれにも該当しない場合はすべて削除し空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害・基礎疾患の内容 | | ※障害者・有病者いずれにも該当しない場合は空欄にしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔薬  （筋弛緩薬を含む） | | 導入薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 維持薬 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術時間 | |  | | 時間 | | |  | | 分 | | 麻酔時間 | | |  | | 時間 | |  | 分 | |
| 麻酔管理上の問題点 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔経過 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| その他の特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |